# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

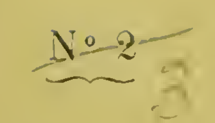
# ARTHROPATHIES DANS LA SYPHILIS ACQUISE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# ARTHROPATHIES

## DANS LA SYPHILIS ACQUISE




# THÈSE

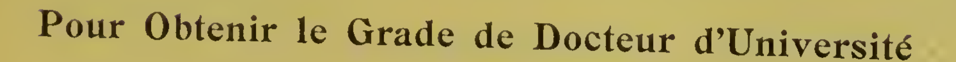
Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 4 janvier 1908

PAR


**Spiro GOLOGANOFF**

Né à Krouchevo (Bulgarie), le 20 mai 1883

**Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université**

(MENTION MÉDECINE)






MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

—

1907

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ............ Doyen.
SARDA ................. Assesseur.

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique médicale | MM. GRASSET (✻). |
| Clinique chirurgicale | TEDENAT. |
| Thérapeutique et matière médicale | HAMELIN ✻. |
| Clinique médicale | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | MAIRET ✻. |
| Physique médicale | IMBERT. |
| Botanique et histoire naturelle médicales | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale | FORGUE ✻. |
| Clinique ophtalmologique | TRUC ✻. |
| Chimie médicale | VILLE. |
| Physiologie | HEDON. |
| Histologie | VIALLETON. |
| Pathologie interne | DUCAMP. |
| Anatomie | GILIS. |
| Opérations et appareils | ESTOR. |
| Microbiologie | RODET. |
| Médecine légale et toxicologique | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique | BOSC. |
| Hygiène | BERTIN-SANS (H.) |
| Pathologie et thérapeutique générales | RAUZIER. |
| Clinique obstétricale | VALLOIS. |

*Professeur adjoint :* M. De ROUVILLE.

*Doyen honoraire :* M. VIALLETON.

*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS ✻, GRYNFELTT.

*Secrétaire honoraire :* M. GOT.

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | MM. VEDEL, agrégé. |
| Clinique annexe des maladies des vieillards | VIRES, agrégé. |
| Pathologie externe | LAPEYRE, agrégé libre. |
| Clinique gynécologique | De ROUVILLE, prof.-adj. |
| Accouchements | PUECH, agrégé libre. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | JEANBRAU, agrégé. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | MOURET, agrégé libre. |

## Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.
VIRES.
VEDEL.
JEANBRAU.
POUJOL.

MM. SOUBEIRAN.
GUERIN.
GAGNIERE.
GRYNFELTT (Ed.)
LAGRIFFOUL.

MM. LEENHARDT.
GAUSSEL.
RICHE.
CABANNES.
DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire.*

## Examinateurs de la thèse :

MM. CARRIEU, *président.*
TEDENAT, *professeur.*

MM. VEDEL, *agrégé.*
GAUSSEL, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

# *AVANT-PROPOS*

*Avant de quitter la Faculté de médecine de Montpellier, il nous est un devoir tout particulièrement agréable à remplir. Nous remercions tous nos Maîtres qui ont contribué au développement de nos connaissances médicales.*

*Mais tout spécialement nous devons remercier M. le professeur Carrieu, de nous avoir d'abord fait l'honneur de présider notre thèse, ensuite de son enseignement clinique et pratique et de la sympathie qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant nos études hospitalières. Pendant toute notre carrière les leçons cliniques si pratiques qu'il nous faisait au lit du malade seront pour nous un guide que nous suivrons fidèlement.*

*Que M. le professeur Tédenat soit assuré de notre reconnaissance pour avoir accepté d'être juge de notre modeste travail.*

*A M. le professeur agrégé Vedel dont nous avons suivi pendant longtemps les consultations gratuites à l'Hôpital Général nous devons nos connaissances pratiques sur les maladies cutanées et syphilitiques. Nous ne l'oublierons pas.*

*Au début de nos études cliniques M. le professeur agrégé Gaussel, alors chef de clinique, nous a initié à l'art médical, et c'est toujours avec un grand intérêt que nous avons*

*suivi ses visites cliniques pendant qu'il assurait le service de M. le professeur Grasset.*

*Pendant notre séjour à Montpellier, nous avons passé plusieurs années de notre jeunesse qui seront sûrement les meilleures de notre vie. Nous nous sommes créé de nombreux amis que nous allons quitter avec grand regret. Nous les remercions de la sollicitude qu'ils n'ont pas cessé de nous témoigner. C'est à eux que nous devons la connaissance de la plus belle des langues. Au milieu d'eux nous ne nous sommes pas aperçu que nous avons vécu dans un pays étranger.*

---

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# ARTHROPATHIES

## DANS LA SYPHILIS ACQUISE

---

## INTRODUCTION

Notre modeste travail, dont le sujet nous a été inspiré par M. le professeur agrégé Vedel, a pour but de faire une étude rapide des arthropathies dans la syphilis acquise à l'occasion de trois observations qu'il a bien voulu nous communiquer et d'une autre observation prise dans le service de M. le professeur Tédenat. Ces observations, si elles sont intéressantes, ne sont pas assez typiques pour servir de point de départ à un développement spécial. Nous n'avons pas l'illusion que le travail que nous soumettons aujourd'hui à votre jugement soit quelque chose de parfait. Notre intention est de compléter, à l'aide de travaux récents qui ont été faits ces derniers temps, la thèse détaillée et très bien faite de M. Fouquet (1905).

Nous nous bornerons à rappeler seulement qu'après les travaux de Richet, qui a séparé les arthropathies de nature syphilitique, Lancereaux, Méricamp, Gangolphe, Fournier, Gaucher et autres, les ont étudiées.

Pour la clarté de notre travail, après avoir fait l'étiologie et la pathogénie, nous divisons les arthropathies au point de vue nosologique en deux grandes classes : 1° Arthropathies de la période secondaire ; 2° Arthropathies de la période tertiaire. Nous subdivisons chacune de ces classes en trois chapitres : la première en : *a*) arthralgies, *b*) arthrites subaiguës et *c*) hydarthroses ; la dernière en : *a*) forme périsynoviale, *b*) ostéo-chondro-arthropathies et *c*) ostéo-arthropathies déformantes.

Nous indiquons ensuite le traitement local (médical et chirurgical) et le traitement général de ces affections.

En dernier lieu nous établissons les conclusions de notre modeste travail.

---

# HISTORIQUE

Pour la première fois c'est Pierre Marty qui signala les douleurs articulaires et la gène dans les jointures, dans une lettre qu'il adressa à son ami Arias Barbosa (1488). Villabos (1498) en décrivant la syphilis dit : « Après l'invasion des pustules, douleurs articulaires multiples. » Fracastor en décrivant (1546) l'épidémie qui sévit en Italie au xv<sup>e</sup> siècle insiste sur les douleurs articulaires et osseuses. Ambroise Paré (1561) s'exprime ainsi : « Les malades avaient aussi des douleurs aux jointures, teste, épaules et autres parties avec une lassitude des bras et des jambes de façon que les malades disent qu'il leur semble avoir été battus de bastons, ne pouvant grater leurs mains sur leur teste, sinon avec grande difficulté. » Della Croce (1583) signale que ces douleurs « sont accompagnées d'une tuméfaction, soit sans lésion apparente. » Philippe Beroald (1599) constate qu'au siège de Naples la plupart des soldats affectés de « la grosse vérole » caractérisée par des taches saillantes et énormes, par des pustules donnant à la face et au corps un aspect hideux, accusaient des douleurs et de la gène dans les articulations. Ozanam (1578), Vidal de Cassis, Bayr, Van Swediaur notent aussi les manifestations articulaires d'origine syphilitique. Diderot cite un passage de Levinus

Lemnius (1571), dans lequel ce dernier parle des douleurs et de la gène dans les articulations.

Flamand (1829) parle des douleurs que certains malades ressentaient dans l'épidémie de Chevanne-Lure. La nommée Gondet eut de ces douleurs qui commencèrent par les membres inférieurs et envahirent successivement les côtes, les épaules, les poignets et durèrent cinq mois.

Chomel (1837) le premier cherche à établir le diagnostic différentiel et il constate que la syphilis peut attaquer les extrémités des os comme elle attaque leurs corps. Les signes sur lesquels on doit se baser pour différencier ces arthropathies du rhumatisme chronique sont d'une part la limitation du travail morbide à un point quelconque de l'articulation, d'autre part la conservation des mouvements et leur exécution sans douleur appréciable.

Dans son Traité de la syphilis, Hunter (1840) cite un passage de Babington : « Il se présente, dit ce dernier, de temps en temps des cas où l'inflammation de la synoviale des articulations coïncide avec les symptômes secondaires non douteux de la syphilis. Augmentant de force pendant la période d'accroissement de ces symptômes, elle se dissipe bientôt dès que l'affection cutanée ou de la gorge est combattue par les vireux. Dans ces cas l'inflammation de la synoviale est aiguë et accompagnée de la douleur, de la tension, de la rougeur superficielle cutanée qui suffisent pour la faire distinguer de la forme latente et asthénique de la même affection qu'on trouve dans la cachexie générale. »

Ricord, Follin, Bassereau, Vidal constatent aussi ces manifestations.

« Nous arrivons ainsi à une époque mémorable de l'histoire de la syphilis, où Bassereau, entraînant à sa suite son maître Ricord, montre en 1852 qu'il existe deux chan-

cres d'origine, de nature et de conséquences bien différentes. Les polémiques acharnées qui eurent lieu à cette époque entre Ricord, ses élèves Bassereau et Cullerier, et Auzias-Turenne, Sperino (de Turin), Hagen (de Strasbourg), Bœck (de Christiania) et auxquelles tout le monde médical s'intéressa, portèrent un grand nombre de médecins à observer de plus près les syphilitiques. Le résultat fut que la syphilis, mieux étudiée, commença à être mieux connue dans ses différentes manifestations. » C'est ainsi que s'exprime Fouquet dans sa thèse.

Richet (1853) pour la première fois cherche à décrire les manifestations syphiliques au niveau des articulations : « J'ai la conviction, dit-il, que bon nombre des hydarthroses chroniques, rebelles à toute espèce de traitement, ne sont pas autre chose que des synovites syphilitiques. » Richet décrit deux formes : 1° Synovite syphilitique, accident secondaire ; 2° Ostéo-synovite, accident franchement tertiaire qui attaque d'abord l'extrémité osseuse et envahit secondairement l'articulation.

Voici l'opinion de Ricord sur les tumeurs blanches d'origine syphilitique : « Il s'est bien présenté à mon observation quelques cas de tumeur blanche dont la syphilis semblait avoir influencé la marche. Je n'en ai jamais rencontré dans lesquelles le virus syphilitique ait déterminé d'une manière directe l'affection articulaire. Cette diathèse ayant porté plus spécialement son action sur le tissu compact et presque jamais sur le tissu spongieux, et comme les extrémités articulaires sont presque exclusivement constituées par ce dernier élément, il n'est pas étonnant que l'on n'y rencontre presque jamais l'ostéite syphilitique ; mais si des individus scrofuleux viennent à contracter la syphilis, il peut résulter du mélange de ces deux diathèses un état mixte qui participe de l'un et de

l'autre, mais qui n'est ni l'un, ni l'autre exclusivement, dont l'influence se fait sentir sur toutes les maladies qui se développent, lesquelles prennent alors une marche et des symptômes spéciaux. Si chez ces individus, par exemple, une tumeur blanche vient à apparaître, elle présente des caractères mixtes de vérole et de scrofule, contre lesquels réussiront à merveille les iodures et le mercure ».

De cette citation il ressort clairement que Ricord n'admet pas les arthropathies syphilitiques ; cependant, il admet que la syphilis puisse modifier dans une certaine mesure les caractères d'une tumeur blanche scrofuleuse.

Dans l'article « Articulations » du Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, Panas critique les observations du mémoire de Richet. Pour lui, les trois observations de synovites syphilitiques sont de simples observations d'hydarthrose chronique. Quant aux trois observations d'ostéo-synovite syphilitique, il est ébranlé par l'action vraiment rapide du traitement spécifique, par quelques faits semblables, dus à Grisolle, Follin, Verneuil, et il admet à la rigueur la nature syphilitique de deux d'entre les observations de Richet (Fouquet).

Dans un mémoire communiqué à la Société de Chirurgie et dans la *Gazette des Hôpitaux*, Lancereaux publie quelques observations de tumeurs blanches syphilitiques.

Verneuil appelle l'attention sur les manifestations syphilitiques des articulations et des bourses séreuses en 1868. Gerin-Rose (1869), Ch. Roch dans sa thèse (1869) font de même.

En 1873, Lancereaux publie un second mémoire sur les arthropathies syphilitiques. Fournier, dans ses leçons cliniques, fait l'étude des affections qui intéressent les articulations à la période secondaire. Il les divise en

*arthralgies* et en *fluxions subaiguës* des jointures avec ou sans épanchement articulaire. Il crée le nom de pseudo-rhumatisme syphilitique pour désigner cette dernière forme. Son élève Vaffier, dans sa thèse (1875), rapporte six observations de rhumatisme syphilitique pendant qu'il naviguait dans les mers de Chine et du Japon où cette forme serait surtout fréquente. La même année, Dauzats étudie l'arthrite syphilitique. J. Voisin, dans sa thèse (1875), divise les arthropathies en primaires, secondaires et tertiaires. Celles de la première période sont de simples douleurs ; celles de la deuxième sont, ou des arthralgies, ou des hydarthroses ; celles de la troisième période sont de véritables arthrites, avec lésions profondes.

En 1877, Plateau publie une thèse sur les épanchements dans la syphilis ; en 1878, Bouilly, dans sa thèse d'agrégation, établit les caractères qui permettent de différencier les arthropathies rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques.

En 1879, Gaucher attire le premier l'attention sur les lésions des épiphyses dans les arthropathies tertiaires : il montre que la lésion osseuse est tout et que la cause de ces affections syphilitiques doit être attribuée à une épiphysite simple ou gommeuse, suivant les cas. En 1880, paraît la thèse de Dureuil, sur l'étude des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques, et en 1882 Méricamp, ayant eu la bonne fortune d'observer un cas d'arthropathie syphilitique et d'en faire l'autopsie (la seconde en France), fait un travail très documenté de la question.

A l'étranger aussi on s'occupe de la question : en Allemagne, Knaak (1879), Koch (1879), Giess (1881), Maussurow (1881), Mracek (1882), Max Schuller (1882), Falkson (1883), Landerer (1884), Virchow (1884), Till-

mann, Zesas (1886), Middeldorpf (1886) ; en Angleterre, Dreschfeld (1881), Clutton (1886), Hutchinson (1888), Fowler (1888) publient des cas d'arthropathies syphilitiques.

En France, paraît la thèse de Defontaine qui reste un des bons travaux qui ont été faits sur ce sujet. Gangolphe (1885) étudie la question au point de vue anatomo-pathologique. Fournier reparle du pseudo-rhumatisme, en 1887, de la période secondaire.

En 1890, Mauriac dans son Traité de la syphilis, décrit les diverses formes de la syphilis articulaire. Rommiano en parle au Congrès de dermatologie de Vienne (1892). Kirmisson, Duplay consacrent à ce sujet important quelques-unes de leurs cliniques. Depuis, de nombreux cas de syphilis articulaires ont été publiés ; Morestin en fait une revue générale dans les *Archives générales de médecine* (1901).

Fouquet dans sa thèse (1905) étudie les arthropathies de la syphilis acquise et héréditaire. C'est un travail complet et bien détaillé. Il divise les arthropathies de la syphilis acquise en : 1° arthropathies de la période secondaire ; 2° arthropathies de la période tertiaire. Le premier groupe comprend : les arthralgies, les synovites subaiguës, les hydarthroses ; le second, la forme périsynoviale, l'ostéo-chondro-arthropathie et l'hyperostose déformante. Il étudie cette dernière forme dans la syphilis héréditaire.

Griffon et Dehérain (1906) étudient l'épanchement de l'hydarthrose secondaire.

Wassermann, Bruck, Neisser (1905) cherchent à appliquer la méthode de Bordet et Gengou dans la syphilis.

# ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Richet, pour la première fois en 1853, sépare les arthropathies d'origine syphilitique et les étudie à part. Cependant beaucoup de syphiligraphes doutèrent de l'existence des accidents articulaires au cours de la syphilis ou plutôt ne voulurent pas les attribuer à elle. Babington prétendait que la syphilis ne s'attaque jamais aux articulations. « La syphilis respecte les jointures », dit Ricord. Ce dernier attribuait les arthrites syphilitiques à un mélange de scrofule et de vérole. Guignard, un des élèves de Desprès, dit « que la syphilis, grâce à l'affaiblissement général qu'elle apporte à l'organisme, permettrait à la diathèse rhumatismale d'éclater et qu'il suffit d'un refroidissement pour l'apparition du rhumatisme. »

Bouchard, parlant des manifestations articulaires dans les maladies infectieuses, s'exprime de la manière suivante : « Toutes les maladies infectieuses peuvent présenter, parmi leurs manifestations contingentes, des déterminations articulaires absolument distinctes du vrai rhumatisme et relevant de l'infection générale de l'économie. » La syphilis est une maladie essentiellement contagieuse et infectiense. Pourquoi ne produirait-elle pas dans l'économie les mêmes désordres que d'autres maladies infectieuses ? »

Aujourd'hui, la nature infectieuse de la syphilis est nettement démontrée par la découverte du spirochœte pallida.

Les adversaires de Richet se basaient sur la rareté de ces lésions chez les syphilitiques, sur leur apparition à n'importe quel moment au cours de la syphilis.

A leurs arguments, Fournier répond avec trois propositions. Il jette de la lumière sur la question et arrête la discussion. L'éminent professeur prouve la grande fréquence des arthropathies chez les syphilitiques, démontre leur production dans des circonstances toujours identiques et il est frappé par la coïncidence presque constante avec d'autres manifestations non douteuses de la diathèse et enfin par l'absence de toute autre cause que la syphilis à laquelle ces manifestations sont imputables.

Donc, nous concluons à l'existence des arthropathies dues aux toxines ou au spirochœte pallida lui-même. Les rares ponctions que l'on a faites dans des hydarthroses n'ont pas révélé la présence de l'agent pathogène de la syphilis. Mais il est probable que les gommes osseuses articulaires en contiennent, bien qu'on n'ait pas encore fait d'examen bactériologique.

*Les causes prédisposantes* ne sont pas encore nettement étudiées. Toutes les formes de la syphilis graves ou bénignes peuvent présenter des accidents articulaires. Parfois même la maladie est passée inaperçue et cependant le porteur est atteint de manifestations articulaires graves.

L'âge le plus propice à l'apparition de ces manifestations et de 20 à 40 ans.

Les femmes sont plus sujettes que les hommes à ces arthropathies.

Il est possible qu'une atteinte antérieure d'une nature

autre que la syphilis prédispose l'articulation à l'apparition des accidents syphilitiques. Cependant, ce n'est pas encore démontré. Mais ce qui est net, c'est que ces manifestations ne se voient pas seulement chez des sujets rhumatisants, comme le prétendait Desprès.

Nous étudierons d'autres causes prédisposantes au cours de notre étude sur chaque type d'arthropathie.

---

# DÉFINITION ET ÉTUDE NOSOLOGIQUE DES ARTHROPATHIES SYPHILITIQUES

De toutes les définitions, la meilleure est, à notre avis, celle que Defontaine leur a donné, à laquelle nous apporterons une légère modification. « Tous les accidents dus au spirochœte pallida, portant sur ce qui constitue une articulation, à savoir : les extrémités osseuses, les cartilages, la synoviale et les ligaments. »

Nombreuses sont les dénominations que l'on a voulu donner aux manifestations articulaires pendant toute la durée de la syphilis. « Richet les appelle *synovites*, *ostéo-synovites*. Lancereaux leur donne le nom d'*arthrites*, d'*ostéo-arthrites;* Méricamp cherchant un terme plus général, les dénomme *arthropathies*, *ostéo-arthropathies*. C'est sous ce dernier nom d'arthropathie que nous désignerons les troubles articulaires de la syphilis : ce terme très général a l'avantage de ne pas présumer des lésions anatomo-pathologiques de l'affection » (Fouquet).

Pour la commodité de la description, nous diviserons les arthropathies de la syphilis acquise en deux grandes classes : 1° arthropathies de la période secondaire, et 2° arthropathies de la période tertiaire. D'ailleurs, c'est une division clinique qui répond à l'état anatomique de

ces manifestations et qui est importante au point de vue thérapeutique. Les premières intéressent peu le chirurgien, ou pas du tout ; les secondes « se traduisant par des déformations apparentes, ce n'est pas dans les hôpitaux de vénériens qu'on les rencontre, mais dans nos salles de chirurgie » (Morestin).

Nous distinguons dans la période secondaire :

1° Les arthralgies, des douleurs à caractère nocturne ;

2° Les arthrites subaignës (ou synovites subaiguës) ;

3° Les hydarthroses.

On a donné plusieurs divisions des arthropathies syphilitiques tertiaires.

Percy Paton les divise en cinq variétés :

1° Synovites chroniques ou hydarthrose tertiaire ;

2° Le type gommeux (la gomme est dans la synoviale ou sous la synoviale) ;

3° Le type d'ostéite ou de chondrite (l'os ou le cartilage est atteint le premier) ;

4° Type périarticulaire subdivisé en deux variétés.

*a*) Epanchement articulaire dû à une gomme du voisinage de l'articulation.

*b*) Arthrite suppurée (gomme ouverte dans l'articulation et à l'extérieur).

*c*) Ankylose (résultant d'une des variétés précédentes).

Virchow accepte la division de Percy Paton et admet le type de chondrite.

On peut simplifier cette classification et admettre trois formes :

1° Les infiltrations gommeuses périsynoviales ou périsynovites gommeuses ;

2° Les ostéo-chondro-arthropathies ou pseudo-tumeurs blanches syphilitiques ;

3° Les ostéo-arthropathies déformantes.

## A. — PÉRIODE SECONDAIRE

La syphilis secondaire n'affecte les articulations qu'avec une fréquence inférieure à celle des accidents osseux de même nature (Fournier). Les manifestations articulaires de cette période affectent très peu l'état anatomique de la jointure; la période secondaire « lèche » l'articulation, tandis que la période tertiaire la « mord ». Elles peuvent aussi, dans la grande majorité des cas, guérir spontanément et, sous l'influence du traitement mercuriel, laissent rarement des traces.

---

# CHAPITRE PREMIER

## ARTHRALGIES

Les arthralgies sont caractérisées par des phénomènes douloureux qui ne sont accompagnés de la moindre lésion appréciable. Elles sont les plus précoces des manifestations articulaires syphilitiques. L'arthralgie est la plus commune de ces manifestations (Morestin). Le plus souvent la douleur articulaire précède les accidents secondaires, la roséole surtout ou est un des signes du cortège des accidents de la période secondaire. On a remarqué ainsi que les arthralgies peuvent précéder le chancre.

D'après Voisin, sur 15 cas de syphilis, on observe un cas de douleurs articulaires. Donc, ce sont des accidents bien fréquents de la syphilis. Mais Fournier ne croit pas à leur grande fréquence, parce qu'elles peuvent être confondues avec les douleurs musculaires ou tendineuses périarticulaires. D'après d'autres auteurs (Carthy, Courteaux) elles sont plus fréquentes que ne le croit Fournier

Siège. — Toutes les articulations peuvent être atteintes ; mais les grandes articulations sont le lieu de prédi-

lection. Elles se localisent sur une, deux, trois ou plusieurs articulations à la fois. Le plus souvent les arthralgies sont polyarticulaires.

Symptômes. — Le grand signe de ces manifestations est la *douleur*. « Rien que des signes négatifs, en un mot, à part la douleur » (Fournier).

Si l'on examine l'articulation où le malade localise la douleur, on ne trouve rien. Son aspect extérieur n'est pas modifié ; les téguments sont intacts ; il n'y a ni gonflement ni déformation ; la palpation ne fait connaître ni épanchement articulaire, ni épaississement de la synoviale, ni altération des os. Quelquefois on constate quelques légers frottements dans l'articulation malade. C'est un signe inconstant (Morestin). La douleur est spontanée et provoquée.

Voici comment Fournier décrit la douleur articulaire : « La nuit quand je m'éveille, disent les malades, je ne puis remuer mes membres, ils sont lourds, engourdis, comme impotents. Il m'est impossible de faire plier mes jointures. De même, le matin, en me levant, je suis comme paralysé, je ne puis mouvoir mes articulations, lever mes bras, me baisser pour ramasser mes chaussures. Puis quand je me suis forcé, alors cela va mieux. Mes jointures qui étaient comme « rouillées » se dérouillent ; mes membres se meuvent avec moins de douleurs et plus de liberté. Finalement, au bout de quelques heures, je ne trouve plus rien de cela et je me trouve assez bien tout le restant de la journée. Je crois alors que c'est fini, mais la nuit suivante et le lendemain matin, c'est encore la même chose, et tous les jours à l'avenant. » C'est une douleur qui n'est pas continue, présentant des exacerbations nocturnes, qui font le caractère de la douleur syphilitique. « Contrairement à ce qu'on observe dans presque toutes les maladies

douloureuses, le repos et l'immobilité n'apportent aucun soulagement » (Morestin). Comme intensité, la douleur peut présenter tous les degrés : de la plus vive, elle peut être à peine appréciable. La plupart du temps, le malade peut la localiser très nettement sur un ou plusieurs points de l'articulation ; quelquefois elle est diffuse, mal localisée et peut coïncider avec des douleurs analogues du côté des muscles, des tendons, des gaînes synoviales et des os. Elles sont exagérées par le repos et diminuées par le travail. L'arthralgie est très mobile : elle disparaît dans une articulation pour apparaître dans une autre. A la palpation, on provoque dans certains points de la douleur ; quelquefois, bien qu'elle soit bien intense, la palpation ne provoque pas de douleur.

Les mouvements de la jointure ont conservé toute leur liberté. Si parfois ils sont atténués, c'est dû à la douleur. Sous l'influence du traitement antisyphilitique la douleur disparaît avec une rapidité extrême.

Anatomie pathologique. — L'état anatomique des articulations atteintes d'arthralgies syphilitiques est encore à l'étude. « Faute d'autopsie, on est autorisé, croyons-nous, d'admettre, dit Fouquet, que les arthralgies sont dues à l'inflammation des cartilages articulaires, à des chondrites superficielles n'entraînant ni érosion, ni irritation de voisinage de la séreuse articulaire, mais seulement un dépoli des surfaces cartilagineuses. » Morestin, sur la même question, s'exprime de la manière suivante : « Il est à présumer que de telles douleurs répondent à des lésions, légères et fugaces, il est vrai, des extrémités osseuses ; Cornil et Ranvier auraient pu constater sur les os des syphilitiques morts du choléra en 1865, l'état fœtal et gélatiniforme de la moelle aux articulations douloureuses. « C'est un simple trouble fonctionnel », dit Fournier.

Tout se résume, comme on le voit, en de simples hypothèses.

Marche et évolution. — L'évolution varie suivant que le malade est sous l'influence du traitement mercuriel ou non. Les douleurs disparaissent « illico » et dans quelques jours « la guérison est complète » (Fournier). Les malades non traités voient leurs douleurs augmenter d'intensité et devenir intolérables et persister pendant des semaines, quelquefois durant des mois. Elles s'atténuent sans doute à la longue, spontanément chez quelques-uns. On n'est pas bien fixé sur l'évolution des arthralgies chez es malades non traités. Il en résulte que la durée dépend du traitement.

Diagnostic. —Nous n'avons pas besoin de dire quelle est l'importance de la précocité du diagnostic. La nature syphilitique des douleurs une fois reconnue, sous l'influence du traitement approprié le malade sera soulagé rapidement. Le diagnostic est très facile quand le malade, en dehors de la douleur articulaire, présente d'autres lésions non douteuses de la syphilis sur la peau ou sur le reste du corps. Cependant quelquefois le diagnostic est rendu difficile, soit que ces lésions manquent, soit que le malade de bonne ou de mauvaise foi prétend, ignorer la syphilis. Le caractère de la douleur sera suffisant dans la majorité des cas.

Il faut faire le diagnostic différentiel avec le *rhumatisme ordinaire*. Alors, il y a de la fièvre, la douleur est plus vive et est soulagée par le salicylate de soude. Avec le *rhumatisme blennorragique :* le gonflement de la jointure avec rougeur de la peau, les douleurs très vives, l'écoulement uréthral imposeront le diagnostic.

Dans les périostites tuberculeuses la peau est rosée et les antécédents tuberculeux seront trouvés.

Les grippes, la fièvre typhoïde, la scarlatine et d'autres infections donnent lieu à des douleurs qui sont vite reconnues. Les douleurs de l'hystérie sont accompagnées de contractions musculaires.

Les arthralgies dues à l'ostéomalacie, au rachitisme, à des néoplasmes, et d'origine médullaire et nerveuse, seront reconnues et rapportées à leur véritable cause.

Il est possible que la fatigue, l'effort, les traumatismes, jouent un certain rôle dans ces déterminations articulaires. En tous cas, ils doivent être des facteurs négligeables. De préférence, ce sont les articulations les plus fréquemment en jeu qui sont le plus souvent atteintes. (Fouquet).

---

# CHAPITRE II

## ARTHRITES SUBAIGUES

(SYNOVITES SUBAIGUES DE RICHET, PSEUDO-RHUMATISME DE FOURNIER)

Les arthrites subaiguës sont caractérisées par « le gonflement de l'articulation qui devient légèrement douloureuse à la pression et aux mouvements, par la légère rougeur de la peau et l'empâtement du tissu cellulaire qui le couvre » (Defontaine). Ces arthropathies sont la forme la plus rare des manifestations articulaires de la syphilis secondaire, mais non la moins curieuse. Elles reproduisent à peu près exactement ce qu'est une fluxion articulaire subaiguë du rhumatisme simple (Fournier). Les synovites subaiguës font leur apparition en même temps que tout le cortège des accidents secondaires qui apparaît après la roséole. Donc c'est un accident précoce de la syphilis.

Siége.— Toutes les articulations peuvent être touchées. Le plus souvent le genou est le siège de cette manifestation articulaire (Fournier), mais elles peuvent affecter les chevilles, les poignets, les épaules, les articulations métacarpo-phalangiennes, etc. Dans la majorité des cas une seule, deux ou trois articulations sont atteintes. Très

rarement le pseudo-rhumatisme syphilitique occupe plusieurs jointures ; alors il est fixe, signe qui le fait distinguer du rhumatisme vulgaire.

Symptômes. — Le début de ces arthrites est assez rapide. Les malades éprouvent d'abord une certaine gène dans une articulation et en quelques jours cette gène se transforme en douleur plus ou moins marquée (Fouquet).

La douleur du pseudo-rhumatisme a, il est inutile de le dire, les mêmes caractères que l'arthralgie : elle est plus marquée la nuit que le jour, augmentée par le repos, elle est diminuée par le travail. Cependant elle présente certains caractères grâce auxquels on peut la distinguer de l'arthralgie syphilitique. Elle est plus intense. Ce n'est pas seulement de l'endolorissement, de la fatigue pénible, de la sensation de « rouillure », de brisure générale, c'est une véritable douleur. Cette douleur s'accompagne de sensation de plénitude et de tension lorsque l'épanchement se forme. A la palpation l'articulation devient plus douloureuse que spontanément. Elle empêche les mouvements et immobilise les membres. Un caractère qui a son importance c'est que la douleur n'est pas aussi prononcée que dans le rhumatisme articulaire aigu.

A l'examen on remarque d'abord que la jointure malade est légèrement augmentée de volume ; l'épanchement n'est pas très considérable. « L'articulation se fluxionne plutôt qu'elle ne se tuméfie » (Fournier). On ne constate aucune déformation. La peau est tendue et légèrement rosée, mais ne présente pas cette suffusion rosée que l'on observe fréquemment dans le rhumatisme vulgaire. D'ordinaire, la température de l'article atteint n'est pas plus élevée que celle de l'articulation saine. Cependant, quand cette arthropathie revêt une grande acuité, on peut constater de la fièvre qui n'atteint pas le degré élevé du rhumatisme

articulaire aigu. Elle atteint à peine 38° ou 38°5. La fièvre est toujours assez éphémère. Les troubles sympathiques sont nuls. On peut constater du malaise général, de la courbature (Fournier).

A la palpation de la jointure nous trouvons des points douloureux, qui répondent à l'insertion des ligaments. Au genou nous constatons parfois une légère fluctuation et le choc rotulien. L'épanchement est assez abondant. La synoviale est épaissie, sensible au palper, surtout dans ses points de réflexion. Elle donne parfois une sensation pâteuse d'autant plus accentuée qu'il y a souvent de l'œdème périsynovial. Quelquefois la tuméfaction est tellement prononcée que les mouvements de l'article sont limités. Fréquemment on voit des synovites tendineuses coïncider avec les synovites articulaires. La synovite subaiguë du genou s'accompagne souvent de synovite des bourses séreuses, des tendons de la patte d'oie ou de la bourse séreuse commune au droit interne et au demi-tendineux. Les synovites du poignet peuvent s'accompagner de synovite des tendons extenseurs, ou des tendons du long abducteur, court fléchisseur du pouce et radiaux (A. Fournier et Crouzon).

Les mouvements passifs ont conservé presque toute leur liberté ; ils ne produisent à peu près aucune douleur. Les mouvements actifs se font librement. Seulement quand l'épanchement devient un peu abondant, le malade éprouve une certaine gène dans la jointure. Quelquefois, on observe de l'immobilité articulaire très marquée (Vedel, Guido Marino).

« Tous ces phénomènes d'hydrophlegmasie articulaire se tiennent d'ordinaire dans une gamme sourde » (Mauriac).

La radiographie ne décèle pas de lésions osseuses.

Cette « fluxion » articulaire est influencée favorablement par le traitement spécifique.

Marche. Evolution. — L'évolution varie, comme d'ailleurs font toutes les manifestations de nature syphilitique, suivant qu'on institue le traitement ou non. Dans le premier cas, tous les phénomènes articulaires disparaîtront ; les douleurs s'atténuent pour disparaître rapidement, l'épanchement se résorbe, les synovites elles-mêmes guérissent sans laisser de lésions articulaires. Abandonnées à elles-mêmes elles guériront spontanément, mais resteront pendant longtemps stationnaires. Quelques craquements parfois seront sentis à la suite des mouvements articulaires pour rappeler l'ancienne lésion.

Diagnostic. — « Le diagnostic est facile à faire » (Fournier). Guignard et Després prétendent qu'il est impossible de distinguer une arthropathie d'origine syphilitique. Cependant se basant sur certains caractères on peut arriver à diagnostiquer les pseudo-rhumatismes de Fournier.

C'est avec *le rhumatisme articulaire vulgaire* qu'on peut la confondre. Entre 2 cas extrêmes le diagnostic est facile entre le rhumatisme vulgaire et les arthrites subaiguës syphilitiques (Fournier). Le rhumatisme articulaire franc est polyarticulaire et très mobile ; atteignant une articulation il la quitte le lendemain pour en envahir une autre, et ainsi de suite. La réaction est très marquée même dans la forme subaiguë ; les symptômes généraux revêtent un caractère quelquefois très inquiétant ; le malaise et la courbature sont très prononcés, les sueurs sont abondantes, les urines sont diminuées, rouges, quelquefois on trouve de l'albumine. Son évolution se fait par poussées successives. Le cœur est atteint dans le cas de rhumatisme vulgaire souvent. La douleur est très intense, même dans les formes subaiguës ; la peau est rosée et la température

locale est augmentée. Le salicylate de soude prescrit produira son effet spécifique dans le rhumatisme.

D'autre part, le pseudo-rhumatisme articulaire n'atteint qu'une ou deux articulations à la fois, rarement il est polyarticulaire. Dans ce cas-ci il est fixe, il ne présente pas la mobilité caractéristique du rhumatisme vrai. La douleur est modérée avec prédominance nocturne ; la suffusion rosée est exception. La fièvre qui est rare est très modérée et n'est pas continue. Les sueurs font complètement défaut, les urines sont normales. On ne constate pas de lésions viscérales rhumatismales. Sur le corps du malade, on remarque des manisfestations non douteuses de la syphilis. Le salicylate de soude ne produit aucun effet, le mercure seul ou associé à l'iodure le fera disparaître rapidement.

Les pseudo-rhumatismes qui surviennent au cours de certaines maladies infectieuses se distinguent par les symptômes de l'affection qu'ils viennent compliquer et aussi par quelques caractères qui leur sont propres (Fouquet).

Le rhumatisme blennorragique succède ou coïncide à un écoulement gonococcique. Le diagnostic présentera une grande difficulté lorsque le sujet syphilitique sera en même temps atteint d'un écoulement. Il se localise rapidement sur une articulation pour ne plus bouger, s'il a débuté sous forme polyarticulaire. La douleur très intense est aussi forte le jour que la nuit ; les mouvements imprimés à l'article sont très douloureux. La fièvre est fréquente. L'articulation est plus empâtée, les téguments sont plus rouges. Des complications peuvent survenir du côté du cœur, de la plèvre. La terminaison fréquente est l'ankylose. Le mercure reste sans action.

Le pseudo-rhumatisme de la scarlatine, de la variole,

de la diphtérie ou du saturnisme sont facilement reconnus. L'accès de goutte sera différencié grâce à l'âge avancé, à son début, à son siège et à tous les accidents qui l'accompagnent. Les antécédents arthritiques nous éclaireront aussi.

---

## Observation I

(Inédite. — Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Vedel)

### Arthrite subaiguë

M... E..., âgé de 33 ans, de Montpellier, tonnelier de profession.

*Antécédents héréditaires.* — Mère 65 ans, bonne santé habituelle ; père mort à 56 ans (apoplexie ?), il était porteur d'ulcère variqueux.

2 frères, 1 sœur bonne santé habituelle.

*Antécédents personnels.* — Alcoolique (4 absinthes par jour). Santé assez bonne jusqu'à la maladie actuelle.

Il faut noter qu'on ne trouve dans les antécédents héréditaires ou personnels ni rhumatisme, ni tuberculose.

Histoire.

I. — Au mois de juin 1906, le malade remarque qu'il a un « bouton » sur la verge. Il entre le 14 juillet à la Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. On constate : 1° l'existence d'un chancre ecthymateux occupant le côté droit du fourreau de la verge et ne présentant pas d'induration ; 2° quelques plaques muqueuses dans la bouche (siège exact ?)

Traitement local. Expectative. Le chancre se cicatrise et le malade sort le 28 août sans avoir subi de traitement mercuriel.

II. — Il rentre en septembre avec de nombreuses plaques muqueuses dans la bouche et se plaint de céphalées persistantes, surtout intenses pendant la nuit. Ces maux de tête constituent les seuls phénomènes douloureux observés pendant ce second séjour du malade à l'hôpital. A aucun moment on n'a observé de roséole.

On prescrit des injections de biiodure de mercure. En cours de

traitement (on avait déjà fait des piqûres) apparaissent en plusieurs points du corps des tuméfactions idolentes bientôt fluctuantes, puis suivies d'ulcérations (gommes syphilitiques). On en observe notamment sur le cuir chevelu et sur le front.

On continue le traitement mercuriel sans prescrire d'iodure. Les lésions gommeuses se cicatrisent rapidement et le malade sort à la fin du mois de novembre ayant reçu en tout 20 piqûres.

III. — Il rentre le 14 décembre pour des douleurs dans la gorge et aphonie. On constate de nombreuses plaques muqueuses siégeant sur les piliers et sur la luette. Le laryngoscope révèle des ulcérations de l'épiglotte.

On fait une nouvelle série de 20 piqûres qui amènent une amélioration très marquée. Le malade sort le 3 mars.

IV. — Il rentre le 30 avril avec une dysphagie douloureuse très marquée et une aphonie à peu près complète. Du côté des fosses nasales, on note l'existence d'un processus ulcéro-gommeux. Dans le courant du mois de mai le malade élimine un séquestre osseux par la narine gauche. Une rougeur diffuse accompagnée d'un léger gonflement occupe la partie de la joue gauche qui avoisine la racine du nez.

On institue le traitement biioduré. Les accidents s'amendent assez rapidement. En juin, on observe l'élimination d'un nouveau séquestre ayant pour origine la fosse nasale gauche. Sort le 15 juin.

État actuel. — Le malade revient le 26 août et accuse des douleurs très vives au niveau du coude droit, des deux genoux, des tibias et en certains points du pied. Les douleurs sont particulièrement marquées pendant le repos. Elles sont surtout nocturnes.

Le début s'est fait au niveau du genou gauche par une gêne de plus en plus grande dans les mouvements, bientôt suivie des douleurs caractéristiques de la localisation de la syphilis sur l'appareil locomoteur. La céphalée n'a pas reparu depuis le second séjour du malade à l'hôpital.

L'appétit est assez mauvais, mais les digestions se font assez bien et les selles sont régulières. Le malade s'enrhume assez facilement. Il n'est pas essoufflé en marchant et n'a jamais eu de palpitations. Il urine normalement. Malgré l'intensité des douleurs qu'il éprouve, il dort généralement assez bien la nuit, bien qu'il ait parfois des cauchemars.

Examen.

A. — *Membre inférieur.*

*a*) On ne constate rien de particulier au niveau des *genoux.*

*b*) A la partie supérieure du *tibia gauche* existe une tuméfaction de consistance un peu pâteuse, adhérente à l'os (périostite), douloureuse spontanément et à la pression. Du même côté, au niveau du tiers inférieur de la crête tibiale, existe une tuméfaction analogue mais à peine appréciable, révélée surtout par la douleur que réveille en ce point la palpation. Le *tibia droit* présente un point douloureux au niveau de la crête dans son tiers supérieur.

*c*) L'articulation du cou-de-pied présente des deux côtés des points douloureux ainsi que les articulations médio-tarsiennes du côté gauche. La palpation ne révèle l'existence d'aucune tuméfaction.

B. — *Membre supérieur.*

*Coude droit.*

Tuméfaction irrégulière surtout marquée du côté interne. La consistance est *pâteuse* surtout au niveau des gouttières qui sont de chaque côté de l'olécrâne. Dans ces gouttières (l'externe) le doigt éprouve une sensation comparable à celle que provoque le frottement de graines riziformes. L'olécrâne est augmenté de volume transversalement.

Les mouvements passifs sont *très limités.* Les mouvements actifs sont rendus assez difficiles par les douleurs dont l'article est le siège, bien que la mobilisation ne les exagère en aucune façon ; les mouvements passifs sont limités par la tuméfaction.

La flexion de l'avant-bras sur le bras est incomplète : les deux segments des membres supérieurs forment entre eux un angle droit dans la flexion maximum. La pronation se fait assez facilement, mais incomplètement. La supination est à peu près impossible.

8 septembre 1907. — Disparition complète des phénomènes douloureux. On ne trouve plus au niveau du tibia gauche qu'une tuméfaction légère, limitée à un point très circonscrit et indolente.

Le coude droit a notablement diminué de volume. La palpation, rendue plus facile, permet d'apprécier beaucoup mieux l'augmentation du diamètre transversal de l'olécrâne et l'augmentation de volume de la cupule radiale. On se rend compte que les lésions siègent surtout sur l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras ;

en faisant exécuter au malade un mouvement de supination, le doigt appliqué sur l'articulation radio-condylienne perçoit des craquements.

Les mouvements sont plus aisés. L'avant-bras peut être fléchi sur le bras à angle aigu, mais cette flexion reste encore incomplète. Les mouvements de pronation sont assez faciles, seule la supination reste encore très incomplète.

A la radiographie on ne remarque rien d'anormal.

Le malade sort à peu près guéri et nous ne le revoyons plus.

## Observation II

(Prise dans le service de M. le professeur agrégé Vedel)

M... P..., âgée de 46 ans, entré dans le service des maladies cutanées et syphilitiques, le 18 septembre 1907. Ménagère de profession.

Dans les antécédents héréditaires, nous relevons que sa mère a été rhumatisante.

*Antécédents personnels.* — Petite vérole ; pas de rhumatisme, mariée ; ses règles ont disparu il y a 16 mois à peu près.

Il y a deux ans et demi, elle a eu des boutons sur tout le corps, au cou, aux bras et sur les parties génitales. Elle ne s'est pas aperçue du chancre. Notre malade a pris du mercure. Les boutons ont duré six mois. Elle reprend son travail ensuite. Au mois de juillet dernier, elle a eu mal aux yeux M. Saussol l'a traitée pour une iritis, dit-elle : il lui a fait des piqûres et prescrit une potion de mercure. Elle est guérie au mois d'août.

Le 18 septembre, elle entre pour des pertes jaunes. Depuis quinze jours, elle s'aperçoit qu'elle a le petit doigt gonflé, accompagné d'une douleur nocturne, principalement le soir, lorsqu'elle va se coucher ; le matin son doigt est raide, mais petit à petit, dans la journée, cette raideur disparaît et pendant ce temps elle s'en sert bien. C'est une douleur que notre malade compare à des élance-

ments qui ne sont pas très pénibles. Peu à peu le doigt s'est gonflé. Il a été violacé, d'après la malade.

*Etat actuel.* — A l'inspection, nous constatons que l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt est prise. Comme étendue cela va du tiers inférieur du métacarpien jusqu'au milieu de la phalange. La peau n'est pas amincie, elle est normale, si ce n'était une coloration rose-bleuté. En comparaison le doigt est plus gros que l'opposé. Il nous présente la forme d'un radis dont la base est en arrière et le sommet en avant.

A la palpation, nous révélons une douleur en cercle qui embrasse l'extrémité postérieure de la phalange. Elle est plus vive en dehors, dans l'interstice, entre le petit doigt et l'annulaire, peut-être parce qu'à ce niveau l'os est en contact direct avec la peau. Aucune douleur n'existe sur l'extrémité inférieure du métacarpien. L'extrémité postérieure de la phalange est augmentée de volume régulièrement et s'efface progressivement vers le milieu de la phalange.

Les mouvements passifs et actifs ne sont pas très gênés.

A la radiographie on trouve, sur l'articulation malade, dans la tête du 5e métacarpien, des traînées osseuses.

Gomme sous-cutanée comme une petite noisette au milieu de l'avant-bras droit, sur le bord externe. Depuis deux ans elle en a eu beaucoup. Rien à l'examen sur le corps.

Les cheveux tombaient, il y a deux ans.

Un peu d'adhérences sur l'iris.

Rien autre au point de vue général qui puisse attirer notre attention.

Notre malade suit le traitement mercuriel et son état est rapidement amélioré.

---

# CHAPITRE III

## HYDARTHROSE

La troisième forme des accidents articulaires de la syphilis secondaire est l'hydarthrose. L'hydarthrose n'est autre chose qu'une fluxion hypercrinique dépourvue de tout symptôme d'acuité. C'est la forme froide des arthropathies secondaires (Fournier).

L'hydarthrose passe pour un accident de transition entre la période secondaire et la période tertiaire, voire même tertiaire. Il y a des auteurs qui ont voulu décrire aussi une hydarthrose tertiaire. Nous ne nous en occuperons pas dans les arthropathies tertiaires parce que l'hydarthrose tertiaire ne diffère pas de celle de la période secondaire. On a pu considérer cette forme d'arthropathie comme très tardive à cause que son début est lent, insidieux et le malade s'en aperçoit lorsque l'articulation a déjà pris un volume plus ou moins considérable. On la voit survenir au cours de toutes les manifestations secondaires de la syphilis. Il n'est pas rare de voir l'hydarthrose coïncider avec les premières poussées cutanées ou muqueuses de la syphilis secondaire. Pour être fixé sur le

moment de son apparition il faut la chercher par parti pris chez tous les syphilitiques. « Il m'est arrivé bien des fois à l'hôpital en examinant des malades au lit à propos de n'importe quel symptôme de découvrir sur eux des hydarthroses des genoux dont ils ne m'avaient pas parlé, voire dont ils ignoraient l'existence (Fournier). L'hydarthrose est bien plus fréquente qu'on ne le croit, mais si elle est commune, on peut dire qu'elle est communément méconnue (Morestin).

Son symptôme essentiel et souvent unique est l'épanchement dans la jointure malade. Son début est lent, insidieux. L'épanchement met quelques mois pour avoir un tel volume qui puisse attirer l'attention du malade sur l'articulation. Aucun phénomène inflammatoire n'accompagne la formation du liquide. Quelquefois au début elle peut s'accompagner d'une légère douleur, mais l'articulation devient bientôt indolente et reste telle jusqu'à sa terminaison. De préférence elle attaque les grandes articulations, les autres peuvent être atteintes aussi. Son siège habituel est le genou. Les deux genoux peuvent être affectés simultanément ou successivement. La quantité du liquide dans ce cas n'est presque jamais égale dans les deux genoux. Cette inégalité est particulière à la syphilis.

A l'examen on constate les signes de l'hydarthrose en général. L'articulation est augmentée de volume. Les téguments sont normaux; ses plis sont effacés. On trouve de la fluctuation qui est très facile à rechercher dans certaines articulations (les grandes articulations, le genou en particulier). Le choc rotulien est net si l'épanchement est assez abondant et à la palpation on ne constate aucune modification appréciable de la synoviale ou des os. Les muscles sont à peine atrophiés. » De toutes les arthropathies celles de la syphilis sont peut-être celles qui ont le moins

de retentissement sur les groupes musculaires du voisinage. La pression ne produit aucune douleur. Le jeu de l'articulation est libre si ce n'était une certaine gène : cette gène dépend de la quantité de l'épanchement.

Il paraît ne pas y avoir de rapports entre la gravité de la syphilis et l'apparition de l'hydarthrose. On a vu des hydarthroses apparaître chez des malades ayant une syphilis très bénigne ; cependant, on l'observerait peut-être plus souvent dans les syphilis graves que dans les autres (Defontaine).

Anatomie pathologique. — Il est logique, croyons-nous, d'admettre que l'épanchement est dû à une altération de la synoviale, à une modification quelconque des extrémités osseuses ou à un état pathologique des deux éléments. Pendant cette manifestation, il est rare d'avoir des autopsies qui puissent nous renseigner sur l'état anatomique de l'article.

Par quelques ponctions qu'on a faites, on est arrivé à certains résultats sur l'étude de l'épanchement. Le liquide a un aspect citrin. Si on fait l'examen cytologique, on trouve des formules leucocytaires qui diffèrent suivant qu'on examine l'épanchement au début ou à la fin de l'affection. Dans le premier cas, on trouve une formule *polynucléaire*, dans le second, la formule est *lymphocytaire*. Celle-ci répond à un état subaigu de l'arthrite et à la diminution de l'épanchement. Le liquide est plus toxique à la fin de l'hydarthrose à cause de sa plus grande concentration (Griffon et Abrami). Les mêmes auteurs n'ont pas obtenu de résultats positifs en inoculant du liquide au cobaye. La formule leucocytaire de l'hydarthrose syphilitique ne ressemble pas à celle de l'hydrops tuberculosus. Griffon et Déhérain ont trouvé 62 0/0 de polynucléaires, 22 0/0 de lymphocytes, 16 0/0 mononucléaires ; pas d'hé-

maties et abondants macrophages. Le microscope ne décèle pas l'existence d'agents pathogènes, ni la présence de spirochœte pallida ; l'ensemencement aux cultures reste sans résultats.

Évolution. — L'hydarthrose a un début traînant, insidieux, qui passe très souvent inaperçu. La marche est torpide et indolente. « Elle peut guérir *sponte sua*, voire en quelques jours, comme j'en ai eu la preuve plusieurs fois » (Fournier). Cependant le traitement mercuriel la fait disparaître rapidement en quelques jours. La résorption est souvent incomplète malgré le traitement. La guérison peut se faire progressivement par la disparition du liquide ou peut être retardée par des poussées successives de recrudescence de l'épanchement. En somme, la guérison franche et définitive est loin d'être toujours obtenue. C'est une manifestation tenace de la syphilis secondaire qui peut altérer l'articulation et donner lieu à des craquements. L'évolution peut se résumer dans cette phrase de Gouget : « L'hydarthrose débute, évolue et disparaît à froid. »

Diagnostic. — Si en même temps que l'hydarthrose, on constate d'autres lésions syphilitiques, le diagnostic s'impose. Si, au contraire, ces lésions manquent, le diagnostic présente de réelles difficultés. On remarquera alors que si cet épanchement survient à un âge jeune, son évolution est toute particulière. Souvent bilatérale, elle ne présente pas la même quantité de liquide dans les articulations. A la palpation, la synoviale ne présente rien d'appréciable : il n'y a pas d'épaississement ; les mouvements ne sont pas limités. Les os ne sont pas lésés. Le traitement antisyphilitique peut venir en aide avec cette réserve que son échec n'est pas toujours concluant.

On peut la confondre avec l'*ostéite ou synovite tubercu-*

*leuse.* On constate des fongosités. Attitude spéciale des articulations atteintes ; la synoviale est épaissie. On trouve des points douloureux à la palpation à siège classique (aux genoux, le côté interne du plateau tibial, etc.) On trouve des signes de tuberculose dans le poumon. Les antécédents tuberculeux aussi rendent service. La tuberculine donnera la réaction fébrile et l'ophtalmo-réaction (la méthode est encore à l'étude) pourra donner de précieux renseignements.

*Corps étrangers.* — Douleur intermittente et très vive. On arrive quelquefois à sentir le corps étranger.

Il peut y avoir aussi confusion avec les *hydarthroses d'origine traumatique* que l'on reconnaîtra facilement.

---

## B. – PÉRIODE TERTIAIRE

Les arthropathies tertiaires sont des manifestations de la syphilis qui apparaissent à une période tardive de l'évolution de la maladie : lorsque la syphilis est déjà oubliée par le malade. Les lésions articulaires dans la période tertiaire sont très prononcées ; l'os déformé prédomine beaucoup les lésions de la jointure. Par l'augmentation du volume des os le malade présente des déformations caractérisées : des subluxations, des attitudes vicieuses et conséquemment des mouvements anormaux de l'article. Le volume considérable de l'articulation frappe le médecin dans la période tertiaire. Le chirurgien pourra intervenir dans les arthropathies tertiaires.

Après que Richet a démontré l'existence des « tumeurs blanches », Ricord et après Panas doutèrent de l'existence des arthropathies en général. La syphilis, surtout la syphilis ancienne, passait pour respecter les jointures (Ricord). Lanceraux, en faisant connaître les résultats d'une autopsie désormais restée célèbre, jeta beaucoup de lumière sur la question. Méricamp, Fournier, Mauriac et autres contribuèrent à l'éclaircissement de leur pathogénie.

# CHAPITRE I

## FORME PÉRISYNOVIALE

(INFILTRATION GOMMEUSE DANS LE TISSU CELLULAIRE PÉRISYNOVIAL)

La présence des masses indurées de forme et d'étendue variables dans le tissu cellulaire qui double la synoviale, voilà la caractéristique de cette forme (Richet).

Siège. — Toutes les articulations peuvent être touchées. Le genou est dans la grande majorité des cas lésé.

Cette forme débute lentement, insidieusement, presque sans attirer l'attention du malade. Celui-ci ne peut préciser d'une façon nette le début de la manifestation articulaire. L'articulation augmente de volume ; ses plis s'effacent. Elle devient globuleuse et tendue. Le malade éprouve des douleurs généralement assez vagues ou simplement de la gène articulaire. La douleur peut manquer complètement. Les mouvements sont conservés, ils s'exécutent dans une étendue presque normale. Les contractures musculaires n'existent pas. Certains

groupes musculaires de voisinage de l'articulation présentent une atrophie notable. Aucune raideur ne gène le jeu de l'articulation. Rarement on a la sensation de craquements et de frottements dus au dépoli des cartilages ou à l'épaississement des franges synoviales. A la pression, le sujet n'éprouve aucune douleur ; les mouvements non plus ne sont pas douloureux. On n'observe pas d'attitudes vicieuses.

Si on examine l'articulation de plus près, on la trouvera, en effet, à la vue et à la mensuration, augmentée de volume. Les téguments sont normaux. A la palpation on trouve les culs-de sac remplis de liquide nettement fluctuant. Donc il y a de l'épanchement synovial qui est modéré et que l'on constate facilement aux signes classiques sur lesquels nous nous sommes étendu précédemment. Sur l'un ou sur les deux côtés de l'articulation on sent à la palpation des masses de consistance variable au début molles, puis elles deviendront fermes, même dures. Les masses, qui ne sont autre chose que des gommes, dépassent rarement les dimensions d'un franc. Arrondies, ovoïdes ou étalées en plaques, elles font corps avec la synoviale qui est anormale sur le reste de son étendue. C'est ce dernier signe qui fait la caractéristique de cette forme d'arthropathie.

Ces masses « cartonneuses » (Fournier) sont mobilisables dans tous les sens et peuvent imposer à l'examen sommaire la sensation d'un corps étranger. Leur siège répond au niveau où la synoviale se réfléchit. La constatation de ces masses « blindées » constitue une forte présomption en faveur de la nature syphilitique. C'est le signe du même ordre que le signe dit de Ricord constitué par des plaques dures, blindant et soulevant l'albuginée,

qui contribue à caractériser le sarcocèle de la syphilis (Fournier).

Les extrémités osseuses sont intactes ou légèrement modifiées. Parfois on peut remarquer l'augmentation médiocre du volume d'une extrémité osseuse ou d'une partie. Ce fait constitue le lien de transition entre la forme synoviale et l'ostéo-chondro-arthropathie.

La synoviale peut être prise dans toute son étendue, et à l'examen on a la sensation d'une enveloppe épaissie, cartonneuse, comme si la synoviale a été doublée d'un blindage pseudo-membraneux ferme et résistant (Fournier).

L'absence de fongosités a une importance capitale au point de vue du diagnostic. « Cependant, au début, la consistance molle des plaques peut donner la sensation de fongosités » (Vivier). Une confusion peut se produire aussi à la période de ramollissement des gommes péri-synoviales.

Évolution. Marche. — La forme synoviale met un temps long pour devenir apparente. La légère douleur ou plutôt la gêne ne préoccupent pas outre mesure le malade. L'épanchement viendra plus tard qui se forme progressivement. Les gommes qui se sont développées progressivement et qui sont devenues tour à tour mollasses, fermes et dures, se ramollissent pour devenir pseudo-fluctuantes. Une fois ramollies elles s'ouvrent au dehors sans que la synoviale soit ouverte. Alors il n'y a aucun danger. Mais si la synoviale est détruite et éliminée par les produits gommeux, l'articulation est ouverte. Il se produira une arthrite suppurée grave par ses suites et difficile à guérir si on ne prend pas des précautions. Une troisième éventualité peut se présenter, la gomme peut s'ouvrir dans l'articulation sans communiquer à l'extérieur. Il en résul-

tera une arthrite aiguë à la suite de l'irritation causée. Les masses dures peuvent se recouvrir d'une partie de la synoviale, se pédiculiser et former des corps étrangers mobiles. L'ankylose est une complication rare des périsynovites gommeuses. Il n'y a pas de guérison spontanée.

L'évolution change de face si le traitement est institué dès qu'on constate l'épanchement et les plaques blindées. Le liquide disparaîtra rapidement. Les plaques se ramollissent et disparaissent ensuite définitivement dans quelques jours ; les tissus s'assouplissent et l'articulation reprend son aspect normal. Si on intervient par le mercure avant l'épanchement, la guérison est rapide ; après elle est lente à cause des désordres dans les cartilages et la synoviale.

Anatomie pathologique. — Pour la forme synoviale les cas d'autopsie sont rares. Cependant Lancereaux, Méricamp, Schuller, Virchow, Gangolphe ont décrit les lésions de cette forme chez des sujets morts à la suite des maladies intercurrentes ou lésions viscérales graves de la syphilis.

A l'autopsie d'un sujet atteint d'une périsynovite gommeuse, au début nous trouvons des noyaux qui rappellent l'aspect, la consistance et la forme anatomique de la gomme syphilitique. Ils occupent le tissu cellulaire sous-synovial. Les noyaux sont extra-articulaires. Ces productions gommeuses peuvent prendre naissance dans l'épaisseur même de la synoviale, mais c'est rare pour ne pas dire que cette localisation n'existe pas. La synoviale est épaissie et l'article contient du liquide peu abondant et louche que la synoviale sécrète par irritation de voisinage. On ne constate rien du côté des os et des cartilages. « Il ne s'agit pas d'une lésion articulaire ; la jointure n'est prise que secondairement et d'une manière toute acces-

soire » (Méricamp). Gangolphe a voulu dire que cette lésion est secondaire à des lésions osseuses. En effet, ses observations d'autopsie nous indiquent combien il faut se méfier des cas qu'on a cliniquement pris pour des formes périsynoviales. Il faut admettre que Gangolphe va trop loin. « Pourquoi ne pas admettre que des gommes ne puissent se développer à cet endroit? Les gommes se développent partout. Beaucoup d'auteurs, entre autres Landerer, Gies, Finger, etc., admettent la périsynovite primitive « (Fouquet). Dans des cas anciens on trouve les os articulaires touchés.

Quelle est l'évolution anatomique de la périsynovite primitive? La gomme, qui est une masse jaune, élastique, molle et sèche, recouverte d'une part seulement par la synoviale, subit l'évolution habituelle de la gomme syphilitique. Elle évoluera ou vers la sclérose ou vers le ramollissement.

Le *processus de sclérose* survient d'une façon uniforme ou plus fréquemment par languettes, par amas élargis qui finissent par englober la synoviale et donnent à la capsule la consistance cartonneuse, le *blindage en plaques de Fournier*. Si ce processus dépasse son but, il peut résulter une fausse ankylose par induration capsulaire (Finger) ou il peut se former des corps étrangers.

La gomme évolue parfois vers *le ramollissement* et alors elle s'ouvre soit à la peau, soit dans l'articulation.

Diagnostic. — De la précocité du diagnostic dépend la guérison complète des articulations. Le diagnostic sera facile comme d'ailleurs pour toutes les manifestations syphilitiques, si en même temps que cette lésion le malade nous présente d'autres accidents de nature syphilitique.

Il n'en est pas de même lorsque des accidents manquent

et le malade ignore la syphilis. Alors il faut nous baser sur ce qu'on constate au niveau de l'articulation pour poser le diagnostic.

Il y a un ensemble de symptômes objectifs et subjectifs qui, s'ils sont bien observés et recherchés, peuvent nous aider pour poser le diagnostic. L'indolence fréquente de l'articulation à la pression, la douleur spontanée légère, à caractère nocturne, l'absence de contracture réflexe, d'attitudes vicieuses, la conservation des mouvements et l'engorgement ganglionnaire sont des signes accompagnés des signes locaux, suffisants quelquefois pour le diagnostic.

*Le rhumatisme de Poncet* présente de la douleur spontanée sans caractère nocturne ; la pression provoque une douleur assez vive. La coexistence d'autres lésions bacillaires, la gêne articulaire plus prononcée et le repos qui atténue la douleur feront le diagnostic.

*Arthrite tuberculeuse.* — Les contractures réflexes, la douleur spontanée diminuée par le repos, augmentée par le travail et les mouvements articulaires, éviteront la confusion possible. Les gommes au début peuvent être confondues avec les fongosités tuberculeuses. Alors on sent un espèce d'empâtement que l'on peut prendre pour des fongosités. Necker aurait pu se tromper sur un cas où les gommes ramollies et rapprochées donnent la sensation des fongosités dans l'apparition d'une gomme superficielle du voisinage. Il n'y a pas lieu d'hésiter lorsqu'on constate les plaques blindées de Fournier. Dans la tuberculose tous les culs-de-sac de la jointure sont atteints de ce gonflement pseudo-fluctuant ; dans la syphilis au contraire les gommes font des saillies très prononcées dans certains culs-de-sac.

# CHAPITRE II

## OSTÉO-CHONDRO-ARTHROPATHIES

(FORME HYPEROSTOSIQUE DE DEFONTAINE ; PSEUDO-TUMEURS BLANCHES SYPHILITIQUES DE FOURNIER)

Une forme d'arthropathie tertiaire qui est caractérisée par des lésions des extrémités osseuses ; les éléments fondamentaux de l'articulation (les cartilages exceptés) restant intacts (Fouquet).

Les os sont ici en cause. Les autres éléments sont pris secondairement et d'une manière toute accessoire.

Sur 5.000 cas de syphilis avec accidents non douteux Fournier n'en trouve que 30 avec syphilis articulaire, mais il ajoute : « J'ai conscience que ce nombre est bien au-dessous de la réalité. »

L'apparition se fait à des dates éloignées du chancre et très variables. Cette arthropathie apparaît de 5 à 37 ans après le chancre, surtout de la 18e à la 20e année qu'on la voit survenir (Fouquet).

SIÈGE. — Toutes les articulations peuvent être le siège

de cette forme d'arthropathie, mais surtout c'est le genou qui en est frappé. On observe les 3/5 de cas sur le genou. Le genou droit est plus souvent atteint que le genou gauche. Souvent on peut constater que les deux genoux sont atteints.

L'évolution clinique de cet accident se fait en trois périodes : période du début (période douloureuse), période hyperostosique et période d'épanchement.

*Le début* est lent, insidieux. Le malade vient consulter le médecin parce que son genou augmente de volume. Le début est marqué parfois par des douleurs souvent violentes, vives et intenses, qui ont le caractère nocturne bien net. A la palpation de l'articulation on trouve des points douloureux qui siègent sur une des parties de la jointure. Il est rare qu'on en trouve sur les deux extrémités.

*La deuxième période* est marquée par la tuméfaction considérable de la jointure. « Un des os est augmenté, un seul habituellement, et Méricamp a raison d'insister sur cette localisation, bien que la règle comporte des exceptions » (Morestin). A l'inspection on constate le volume considérable d'une partie de l'articulation, l'autre restant normale et légèrement modifiée. Elle a la forme d'un gigot ou d'un fuseau. La peau conserve son aspect normal. A la palpation on sent une masse dure, lisse, sans saillies, sans aspérités, mais un bloc d'une seule venue (Fournier) qui est uniformément augmenté de volume. C'est l'os qui est hypertrophié d'une des extrémités osseuses. Cependant il est très rare de constater l'hypertrophie des deux os qui forment l'articulation. Sur une hauteur variable jusqu'à 10 centimètres la diaphyse aussi est augmentée de volume. La radiographie nous rend un compte exact. C'est là toute la maladie. A

la pression, l'articulation en général est indolente ; les points douloureux des débuts ont disparu ou sont très atténués.

Les mouvements sont entravés dans une mesure restreinte, vu la déformation considérable. Ils ne sont pas douloureux ; s'ils ont perdu de leur amplitude, c'est dû uniquement à la gêne qu'apporte l'hypertrophie osseuse. La concordance n'existe plus entre les deux os. Les muscles du voisinage ne présentent aucune contracture ni raideur qui puissent gêner l'exploration et les mouvements communiqués. On remarque une atrophie musculaire plus prononcée que dans la forme synoviale.

A *la dernière période* l'articulation augmente encore de volume. La synoviale épaissie avec un épanchement assez considérable vient contribuer à l'augmentation de la jointure. On ne sent pas de fongosités.

Du côté de l'organisme en général nous ne constatons rien de particulier. Si quelquefois l'organisme est profondément altéré, c'est dû à la gravité de la syphilis que le malade porte. Dans ce cas même la lésion articulaire est un détail (Morestin), les manifestations viscérales tiennent la tête de la maladie.

Le malade quelquefois est très amaigri à la suite des douleurs, des insomnies et des autres lésions graves de la syphilis qui l'accompagnent.

La fatigue particulière d'une articulation et une atteinte de syphilis articulaire antérieure (Defontaine) peuvent prédisposer l'articulation à l'ostéo-chondro-arthropathie. Un traumatisme comme pour la tuberculose peut provoquer la localisation.

Evolution. Terminaison. — Cette forme n'a aucune tendance à guérir spontanément. Non traitée elle peut durer des mois. Avant l'épanchement si le traitement est

institué la guérison survient rapidement. Plus tard il y a des désordres du côté des cartilages et de la synoviale et qui ne sont pas réparables.

*L'ankylose* est la terminaison la plus discutée (Fouquet).

*La déformation articulaire* est fréquente, due à l'ostéite condensante.

*La fracture spontanée* n'est pas fréquente. Elle est due à l'ostéite raréfiante.

*L'ouverture d'une gomme* épiphysaire dans l'articulation est une complication possible. Il se produit alors un épanchement suppuré de l'articulation. Le pus mal lié ne tarde pas à se faire jour au dehors par des trajets fistuleux qui fait la difficulté du diagnostic. Une fois l'articulation ouverte à l'extérieur l'épanchement deviendra purulent.

Anatomie pathologique. — Dans ce type c'est l'os qui est malade et quelquefois le cartilage est lésé. La synoviale est normale, les ligaments sont intacts. C'est l'os qui est primitivement malade, l'articulation est atteinte secondairement. Des extrémités osseuses en présence, une seule est attaquée (Méricamp). Ce n'est pas une règle absolue. C'est une gomme syphilitique qui prend naissance dans la diaphyse pour envahir plus tard l'épiphyse (Méricamp). Les lésions primitives se montrent dans la région épiphysaire d'un os long, quelquefois dans la région juxta-épiphysaire (Gangolphe). On trouve toujours des lésions épiphysaires tandis que quelquefois la diaphyse est intacte (Fouquet). Donc la lésion débute par une gomme qui se développe dans l'épiphyse de l'os qui se raréfie autour du syphilome.

Le cartilage, au début, est intact, mais il subit de bonne heure des altérations. Dans une *seconde période* (la pé-

riode d'état), la lésion osseuse augmente de surface ; la synoviale s'enflamme, devient plus épaisse, et par irritation elle sécrète du liquide. Dans une *troisième période* la guérison survient très rarement spontanément, ou, ce qui est la règle, sous l'influence du traitement antisyphilitique. L'os, autour de la gomme, se condense ; il forme une barrière de défense. Le syphilome étouffe et s'arrête dans son évolution. L'épanchement se résorbe et tout rentre dans l'ordre.

Dans un cas typique d'ostéo-chondro-arthropathie, voyons quelles sont les lésions. Il faut étudier ces lésions du côté de l'os, du cartilage et de la synoviale.

Lésions osseuses. — L'os est augmenté de volume par le développement de produits gommeux. Si on fend longitudinalement l'os, on constate à l'examen macroscopique un noyau jaune, de consistance gélatineuse, qui occupe le centre de l'épiphyse. De dimensions variables, il présente des points caséeux jaunes au centre, rosés à la périphérie. Le syphilome est entouré par du tissu osseux qui se raréfie et devient friable. Ainsi la progression de la gomme est facilitée qui augmente de profondeur et de surface. Dans certains cryptes de l'os, on remarque de la matière jaune, caséiforme ; d'autres sont remplis de matière fibreuse. Les parois des canaux de Havers sont détruites, deviennent irrégulières et les canaux deviennent plus larges. Le canal médullaire lui-même est plus large et plus enfoncé vers l'extrémité osseuse et rempli de matière caséeuse. Au pourtour de la lésion il y a tendance à la formation de la *barre ostéo-fibreuse de Gangolphe*. Le microscope nous révèle que la gomme est constituée à certains endroits par une trame fibrillaire fine, en d'autres elle est fibreuse. Un grand nombre de cellules en voie de désintégration occupe les

mailles de cette trame. A la périphérie la circulation est plus active. On y observe quelques points hémorragiques (Gangolphe).

Lésions cartilagineuses. — Le cartilage est atteint secondairement. Lorsque la gomme s'approche du cartilage, il s'amincit, puis il se perfore et alors le foyer communique avec la cavité articulaire (Gangolphe). « Le cartilage au début est devenu opaque, mince, jaune-grisâtre. D'autres fois il est le siège d'érosions superficielles en coup d'ongle ou coup de gouge (Boweby) ou d'ulcérations, véritables pertes de substances profondes de quelques millimètres reposant sur une lame osseuse éburnée ou communiquant avec un conduit qui mène le stylet dans le canal médullaire » (Fouquet).

Méricamp a trouvé sur les jointures guéries des lésions syphilitiques « le cartilage diarthrodial, divisé par des lésions en lobules comme le foie cirrhotique de la syphilis. » Ces sillons, en forme de dépressions stellaires, sont de véritables cicatrices résultant des anciennes lésions guéries.

Le cartilage peut présenter parfois de grandes pertes de substance. « Les auteurs allemands, dit Fouquet, ont signalé l'état villeux du cartilage que les Français n'ont pas mentionné. Ce sont des villosités formées par un stroma fibrillaire dans les mailles duquel on trouve des cellules cartilagineuses normales ou non.

Lésions synoviales. — La synoviale est épaissie dans toute son étendue ou en certains endroits seulement. Elle est plus épaissie dans certaines parties que dans d'autres. Rouge de couleur, elle se remplit de liquide louche et épais ou jaune-clair, quelquefois purulent. L'épanchement n'est jamais considérable. Caractère essentiel sur lequel beaucoup d'auteurs insistent, c'est que la sy-

noviale ne contient pas de fongosités ; il n'y a pas de séquestres comme dans la tuberculose.

Schuller, Fischer et Gangolphe pensent qu'à la rigueur on peut admettre un début par les cartilages. Cette hypothèse n'est pas démontrée par les autopsies.

Diagnostic. — C'est surtout l'ostéo-chondro-arthropathie qui présente des difficultés de diagnostic. Il suffit d'y penser lorsque le malade présente d'autres lésions syphilitiques.

A. — A la période douloureuse elles peuvent être confondues avec les *périostites tuberculeuses et blennorragiques* ; la douleur siège sur la continuité des os longs plutôt qu'à leurs extrémités. La coloration rosée des téguments et l'élévation locale de la température sont exceptionnelles dans les arthropathies syphilitiques.

Les *ostéo-périostites rhumatismales et d'origine infectieuse* se reconnaîtront facilement ; les *ostéomyélites chroniques* et surtout d'origine *tuberculeuse* s'accompagnent de poussées aiguës de temps à autre, de douleurs vives qui ne sont pas nocturnes.

B. — A la période d'hyperostose. — *Avec le sarcome.* Ici la dilatation veineuse, la crépitation osseuse, la douleur est autant nocturne que diurne, l'évolution aggravante avec l'état général qui devient rapidement mauvais et le traitement mercuriel qui aggrave le sarcome, sont des signes qui faciliteront le diagnostic.

Dans le *cal difforme* les commémoratifs et l'arthrite sèche qui l'accompagnent sont suffisants.

Dans les *périostoses infectieuses* (tuberculose, blennorragie, rhumatisme) la douleur est très vive qui n'a aucune tendance à l'exacerbation la nuit ; la peau est rouge et sa température est plus élevée que celle de l'articulation opposée.

Les *rhumatismes chroniques* sont caractérisés par des poussées de rhumatisme aigu, les mouvements provoquent des craquements et de la douleur dans l'articulation.

Nous éviterons de les confondre avec les *arthropathies tabétiques* grâce aux signes du tabes.

Dans la *maladie de Paget* l'incurvation des os longs et le ramollissement du squelette sont caractéristiques.

Nous dirons un mot sur les *ostéo-arthropathies vertébrales* de nature syphilitique. Elles rappellent d'assez près le tableau clinique du mal de Pott tuberculeux. D'où le nom de pseudo-mal de Pott syphilitique. La raideur très accentuée de la colonne vertébrale, une gibbosité et les mouvements de latéralité très peu accentués caractérisent le mal de Pott syphilitique. Cependant on constate des poussées d'aggravation et des rémissions, ce qu'on ne voit pas dans la tuberculose. Les antécédents syphilitiques et l'absence de douleurs et d'abcès de congestions nous feront penser au pseudo-mal de Pott. Enfin le traitement mercuriel lèvera le doute. En cas de syphilis la radiographie nous relève la raréfaction du tissu osseux des vertèbres.

Les lésions syphilitiques des articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalangiennes revêtent l'aspect clinique des spina ventosa tuberculeux (Gaucher). On le désigne sous le nom de spina ventosa syphilitique. L'inoculation des produits de spina ventosa syphilitique au cobaye ne produit aucune lésion. Le traitement mercuriel nous aidera pour le diagnostic (Gaucher).

C. — A LA PÉRIODE D'ÉPANCHEMENT il faut faire le diagnostic différentiel avec toutes les hydarthroses.

*H. traumatique*. Les commémoratifs nous renseigneront.

*H. tuberculeuses.* L'absence de douleur et d'hyperostose les caractérisent.

Les *hydarthroses du rhumatisme et de la blennorragie* sont caractérisées par leurs symptômes habituels.

Nous avons réservé à dessein l'étude sur le diagnostic différentiel avec *la tumeur blanche tuberculeuse* à la fin. Ces deux lésions, l'une de nature syphilitique, l'autre de nature tuberculeuse, se ressemblent énormément par certains points. Cependant, on peut arriver dans la majorité des cas à poser le diagnostic à l'aide de certains symptômes qui caractérisent la tumeur blanche syphilitique.

Pour pouvoir distinguer la pseudo-tumeur blanche syphilitique de la tumeur blanche tuberculeuse, on se base sur les signes fournis par l'examen local et général.

*Signes locaux.* — La douleur dans la tumeur tuberculeuse est permanente, plus intense que dans la pseudo-tumeur où elle existe au début ou quand l'épanchement se produit. Cette douleur est aggravée par la marche et le travail ; diminuée au contraire par ces facteurs dans la syphilis. A la pression, on réveille des points douloureux constants et bien localisés dans la tuberculose. Une lésion améliorée par la marche et le massage ne peut être de nature tuberculeuse. Ce fait doit éveiller l'attention du médecin.

Les attitudes vicieuses dues à des contractures sont la règle dans la tuberculose ; ce qu'on ne voit pas dans la syphilis, où les mouvements sont libres, très peu gênés.

L'examen de l'articulation nous donnera des présomptions dans l'un ou l'autre sens. Dans la T. B. T., le réseau veineux est plus marqué que le gonflement de la jointure sans être plus fort que dans la P. T. B. S. (Fouquet). L'augmentation du volume de la jointure dans la syphilis est due à la tuméfaction osseuse d'une des extrémités en

général, le gonflement dans les T. B. T. est dû surtout à la *prolifération des fongosités*. Au début, dans les arthropathies syphilitiques, on peut prendre des gommes qui sont molles pour des fongosités. Plus tard, les plaques blindées caractériseront la syphilis. A la période de ramollissement des gommes on peut avoir la sensation pseudo-fluctuante des fongosités. Les fistules, avec des bords décollés et violacés, qui donnent du pus mal lié, intarissables et qui mènent le stylet sur une surface osseuse, sont d'origine tuberculeuse. La syphilis donne naissance à des fistules avec orifice régulier arrondi. Le pus est épais, jaunâtre, il se tarit rapidement, et rarement le stylet nous conduit sur une surface osseuse. Dans la syphilis, on constate exceptionnellement des ganglions dans la région correspondante, ce qui est la règle dans la tuberculose. A la palpation dans le P. T. B. S. on sent très bien l'os régulier, lisse, uniformément augmenté de volume ; dans la tuberculose, rarement l'os est augmenté de volume, et alors la tuméfaction n'est pas très prononcée.

Dans les lésions articulaires de nature syphilitique, la mobilité articulaire est relativement prononcée et la douleur pendant le développement du mouvement articulaire est faible (Guido Marino).

L'évolution de l'état local varie dans les deux cas. Les lésions syphilitiques évoluent lentement avec des périodes de rémissions, avec des crises d'hydarthrose et ne suppurent que très rarement. La tuberculose, au contraire, a une marche progressive sans améliorations spontanées. Elle aboutit sans traitement fatalement à la suppuration et à la fistulisation.

Signes généraux. — Dans les arthrites tuberculeuses, le malade présente habituellement un mauvais état géné-

ral, tandis que dans la syphilis il est rarement atteint d'une façon prononcée. L'appétit fait défaut ou est diminué dans la tuberculose ; la syphilis ne le modifie pas en général. D'autres manifestations tuberculeuses (phtisie pulmonaire ou autres), la fièvre à grandes oscillations et qui augmente surtout le soir sont fréquentes dans la T. B. T. D'autre part des manifestations syphilitiques non douteuses réveillent l'attention du médecin.

Le traitement mercuriel nous viendra en aide aussi. Il faut « prolonger le traitement suffisamment pour obtenir des résultats dans la syphilis, car ces derniers peuvent se faire attendre plusieurs mois » (Vivier).

Le diagnostic est particulièrement difficile quand il se développe une arthropathie chez un sujet qui est à la fois syphilitique et tuberculeux (Fouquet). « Chez ces individus, dit Ricord, la tumeur présente des caractères mixtes de vérole et de scrofule contre lesquels réussiront à merveille les iodures et le mercure. »

Mais alors le traitement mercuriel, qui est si précieux au point de vue du diagnostic, que devient-il ? (Fouquet). Dans les rhumatismes, en particulier, les arthrites tuberculeuses sont améliorées par le traitement mercuriel (Gendre, Barbier, Duffour). Il n'en est pas moins vrai que si une lésion est améliorée sinon guérie rapidement par le mercure, cette lésion est de nature syphilitique.

## Observation III

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Vedel)

R... A., âgée de 25 ans, lingère de profession. Il y a 3 ans 1/2 elle remarque « un bouton » à côté de l'anus. En même temps elle ne pouvait pas parler ; les cheveux lui tombaient et la bouche lui faisait mal. Notre malade consulta M. Bosc qui lui dit avoir vu des plaques muqueuses dans sa bouche. Quelques jours après la roséole est venue et au bout de quelques jours disparaît. Le bouton a duré peu de temps. Elle n'a pas fait de traitement général.

Le 5 février elle vient aux consultations gratuites de l'Hôpital Général pour une grosseur sur le coude gauche et pour un gomme comme une noisette à la partie postéro-interne du coude. En même temps par les mouvements la malade sent des craquements dans le coude. Le bras forme avec l'avant-bras un angle de 110° qui ne lui permet pas de porter la main derrière la tête.

On lui fait 10 piqûres de biiodure de mercure.

Le 6 août 1097 nous constatons un épaississement osseux sur le tiers supérieur du cubitus. En même temps l'articulation est augmentée de volume. On ne constate pas d'épaississement de la synoviale. Les mouvements provoqués lui font mal. Le coude forme un angle de 90°. A la partie postéro-interne de la cuisse nous remarquons une plaque d'echtyma comme une pièce de 20 sous. La commissure labiale gauche est le siège d'une cicatrice ancienne. Nous portons le diagnostic d'arthropathies d'origine osseuse.

Traitement : Biiodure de mercure avec iodure de potassium.

24 décembre. — Le coude gauche de notre malade a récupéré tous les mouvements. Aucune douleur par la pression et par les mouvements. On sent cependant encore un épaississement à la partie supérieure du cubitus.

## Observation IV

(Due à l'obligeance de M. Rives, interne de M. le professeur Tédenat)

P... J..., 48 ans, boulanger.

Entré le 6 décembre 1907, salle Bouisson, pour gonflement du genou avec impotence fonctionnelle.

Pendant le cours de cette arthropathie le malade n'a ressenti aucune douleur.

Le genou gauche est le siège d'une tuméfaction très marquée, déformant l'article. La couleur de la peau n'est pas modifiée. Il y a de grosses bosselures visibles. Quelques veinosités sur la face externe de l'articulation. La circonférence du genou mesurée sur la partie moyenne de la rotule est 49 cm. contre 33 du côté droit.

A la palpation, on sent un élargissement très notable du plateau tibial et des condyles fémoraux surtout l'interne. Cet élargissement est encore exagéré par de l'empâtement dur périarticulaire. La rotule est également élargie de 8 cm. et irrégulière dans sa configuration. Elle est plus large que longue. La synoviale contient du liquide en quantité assez notable. Ses parois sont épaissies par des nodosités mal limitées, dures, surtout nettes dans les culs-de-sac supérieurs interne et externe et sur les deux côtés du tendon rotulien. Dans l'extension, la rotule vue de profil fait une saillie d'au moins 4 ou 5 cm. au devant de la crête tibiale prolongée.

*Mouvements :* L'extension complète est possible, la flexion est arrêtée à 100° à peu près ; il n'y a ni douleur, ni contracture du triceps qui explique cette limitation des mouvements ; elle est due à la déformation articulaire. Il y a un léger degré des mouvements latéraux au delà de l'excursion physiologique surtout bien marquée en dedans.

L'articulation est indolore soit au repos, soit par la mobilisation, soit pendant nos explorations. Cependant, quand il marche depuis quelque temps, il a une vague gène articulaire, qui disparaît au repos.

Il y a de l'œdème très marqué de la jambe et du pied gauches. Ce malade a été en traitement dans nos salles pour fracture spontanée et indolore du fémur gauche au mois de février. La guérison est actuellement acquise avec un cal volumineux. L'observation en a été rapportée dans la thèse de M. Roche (Thèse Montpellier, 1907).

La syphilis est très nette dans les antécédents de ce malade. On trouve encore la cicatrice pénienne du chancre initial. Elle daterait de 18 ans et a toujours été très mal soignée, sauf pendant son séjour à l'hôpital. L'arthrite a débuté peu après la sortie du malade de l'hôpital, c'est-à-dire en mai 1907 ; elle est allée depuis en s'accentuant progressivement.

Dès l'entrée, on prescrit l'iodure de K 6 gr. et des piqûres de biiodure de mercure. Sous l'influence du traitement, on remarque l'amélioration suivante (24 décembre 1907) :

L'œdème de la jambe et du pied a disparu.

Le genou est encore gonflé à sa partie antérieure, mais sa circonférence n'est plus que de 42 centimètres.

Les nodosités gommeuses périarticulaires sont encore très marquées, mais sont moins dures et moins volumineuses et forment quatre saillies.

La flexion atteint 90° sans difficultés. Les mouvements s'accompagnent de craquements.

Le malade est encore en cours de traitement.

## Observation V

(Prise par le Dr Vivier, ancien interne)

Un malade de 42 ans, entré à l'hôpital en février 1905, pour être soigné d'une tumeur blanche du genou. Après l'avoir examiné à diverses reprises, sous chloroforme même où l'on fit une ponction,

on conclut à la nécessité de l'amputation de la cuisse. Le malade refusa nettement.

On me demanda d'examiner le genou malade fin février 1905. Le genou droit était dans un état lamentable. Très volumineux, demi-fléchi, le tibia en subluxation postérieure, il offrait l'aspect typique d'une tumeur blanche à la période de luxation. Les culs-de-sac étaient distendus par un épanchement moyen; la synoviale, épaissie dans son ensemble, présentait des parties plus dures et d'autres molles ; en particulier de chaque côté du tendon rotulien, on avait la sensation typique de *fongosités* articulaires. Cependant, le volume anormal de l'articulation était dû surtout à la tuméfaction des condyles du fémur dont l'interne, en particulier, était notablement augmenté de volume. Le tibia subluxé en arrière était aussi légèrement déjeté en dehors. La flexion ne dépassait pas l'angle droit, l'extension était impossible au delà d'un angle fortement obtus en raison de la subluxation du tibia et de la rétraction très marquée des muscles postérieurs de la cuisse ; enfin, il existait des mouvements de latéralité très étendus témoignant de l'usure des ligaments latéraux.

Le genou était douloureux spontanément, au toucher et pendant la marche. Le repos calmait beaucoup les douleurs qui ne présentaient pas d'exacerbation nocturne. Le condyle interne était douloureux au toucher, particulièrement aux points d'insertion des ligaments.

Cette tumeur blanche avait évolué assez rapidement : depuis deux ans, l'état général du malade n'était pas bon, il se fatiguait vite, il manquait d'appétit, il avait maigri notablement. En octobre 1904, il commença à souffrir du genou droit et bientôt ce dernier augmenta de volume. Le malade posa un vésicatoire qui le soulagea, un deuxième qui ne fit pas grand'chose. On lui mit un silicaté qui ne l'améliora pas du tout ; il fut enfin forcé d'entrer à l'hôpital pour l'accroissement des douleurs et l'impossibilité absolue de marcher.

Il n'y a rien à signaler ni dans les antécédents personnels, ni dans les antécédents héréditaires.

En outre, le malade présentait au front une collection fluctuante du volume d'une noisette, d'origine osseuse. Cet abcès était survenu sans douleur appréciable, un à deux mois avant qu'il souffrît du genou.

Je n'hésitai pas à me ranger au diagnostic de tumeur blanche vu les caractères de la lésion, le mauvais état général et l'abcès froid au front. Je redressai le genou, mis un appareil plâtré et fis une série d'injections intraarticulaires d'huile iodoformée et créosotée. Je n'obtins aucun résultat local et n'osai continuer sans demander l'avis d'un spécialiste qui conseilla un séjour à la mer et des injections de naphtol camphré. Le malade ne suivit pas ce conseil. Le malade se fit faire des massages dirigés contre la « rétraction des nerfs du creux du jarret » qui à son idée constituait toute la maladie. Ce traitement l'améliora sensiblement, les douleurs spontanées disparurent, mais la marche était toujours pénible et la jambe déviait de plus en plus en dehors par suite de la laxité ligamentaire.

En octobre, par hasard, je le rencontrai à Paris dans la rue et fus tout surpris de le voir marcher : mal à la vérité, mais certainement d'une allure qui ne cadrait pas avec la tumeur blanche suppurée et fistuleuse que je lui supposais à cette époque après un traitement aussi abracadabrant.

Je soupçonnai une erreur de diagnostic. En octobre 1906, j'ai trouvé l'état suivant :

Le genou est en demi-flexion, le tibia subluxé en arrière et en dehors. L'extrémité supérieure du tibia paraît un peu plus volumineuse que celle du côté opposé, l'extrémité inférieure du fémur est très augmentée de volume. La rotule est notablement élargie, elle présente 2 centimètres de plus que celle du côté gauche dans toutes ses dimensions. La synoviale est uniformément distendue par un tissu mollasse qui donne l'impression de fongosités. Il existe à mi-chemin, entre le bord interne de la rotule et le condyle interne, un épaississement de la synoviale gros comme un haricot et qui simule un corps étranger. Plus haut existe un épaississement analogue, mais plus large et plus fondu avec la synoviale. Du côté externe, on a une plaque d'induration de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Les extrémités osseuses ne sont pas douloureuses du tout, la flexion se fait un peu plus qu'à l'angle droit, l'extension se fait à peu près complètement, autant que le permet la subluxation qui est très nette. Les mouvements de latéralité sont très marqués (jambe de polichinelle).

Au front, une exostose large comme la paume de la main avec une

fistule d'où sort du pus jaunâtre et peu épais. Une autre exostose moins large à l'occipital. Ces exostoses ne sont pas douloureuses.

Le malade se souvient d'un léger écoulement uréthral et n'a jamais eu d'éruptions, ni de maux de tête, et ne présente rien sur le corps. Il a un enfant de 14 mois bien portant.

Je conclus à une tumeur blanche syphilitique que Gaucher confirma. On commença les piqûres de benzoate de mercure pendant quinze jours, puis deux mois de repos.

Diminution des douleurs spontanées, mais le moindre mouvement les réveille et le malade n'est soulagé que par des massages.

En février 1907, deuxième série de piqûres, puis repos. En avril, troisième série, et à la suite des progrès étonnants se manifestent dans la voie de la guérison. Le genou diminue progressivement, la marche devient facile et l'état général excellent. En octobre 1907, nouvelle série de piqûres. Son état actuel est le suivant :

Le genou est presque normal comme configuration, on se rend à peine compte que le tibia est un peu en arrière. Le condyle interne est un peu augmenté de volume. La rotule irrégulière est plus large de 1 centimètre que la rotule du côté opposé. En dedans, on sent un noyau de consistance cartilagineuse de la dimension d'une pièce de 50 centimes. En dehors, il y a deux noyaux inclus dans la capsule articulaire relativement mobiles. Sous le tendon rotulien et de chaque côté on sent des masses mollasses, donnant tout à fait l'impression de fongosités. Pas d'hydarthrose. La flexion ne se fait pas complètement; l'extension est complète. Plus le moindre mouvement de latéralité. Le genou est aussi serré que le sain. Cicatrice déprimée au front. Exostose occipitale comme une noisette.

Pour d'autres observations voir la thèse de Fouquet (Paris, 1905).

# CHAPITRE III

## OSTÉO-ARTHROPATHIES SYPHILITIQUES DÉFORMANTES

La déformation et l'augmentation du volume de l'épiphyse, l'absence d'épanchement et la limitation des mouvements articulaires caractérisent l'arthropathie déformante. Méricamp veut faire un troisième type des arthropathies tertiaires. Elles sont le plus souvent des manifestations de la syphilis héréditaire tardive.

Le siège de prédilection de cette variété semble être les coudes et les genoux, puis les poignets et les doigts (Fouquet). Plusieurs articulations peuvent être prises.

D'après Morestin ce type est un mode de guérison des ostéo-arthropathies tertiaires qui laissent des lésions indélébiles et des déformations notables.

Cliniquement nous pouvons les diviser en deux périodes. La première période est caractérisée par l'hyperostose, la seconde par les troubles qui en résultent.

Le début est lent, quelquefois quelques légères douleurs marquent le début qui disparaissent lorsque la

fistule d'où sort du pus jaunâtre et peu épais. Une autre exostose moins large à l'occipital. Ces exostoses ne sont pas douloureuses.

Le malade se souvient d'un léger écoulement uréthral et n'a jamais eu d'éruptions, ni de maux de tête, et ne présente rien sur le corps. Il a un enfant de 14 mois bien portant.

Je conclus à une tumeur blanche syphilitique que Gaucher confirma. On commença les piqûres de benzoate de mercure pendant quinze jours, puis deux mois de repos.

Diminution des douleurs spontanées, mais le moindre mouvement les réveille et le malade n'est soulagé que par des massages.

En février 1907, deuxième série de piqûres, puis repos. En avril, troisième série, et à la suite des progrès étonnants se manifestent dans la voie de la guérison. Le genou diminue progressivement, la marche devient facile et l'état général excellent. En octobre 1907, nouvelle série de piqûres. Son état actuel est le suivant :

Le genou est presque normal comme configuration, on se rend à peine compte que le tibia est un peu en arrière. Le condyle interne est un peu augmenté de volume. La rotule irrégulière est plus large de 1 centimètre que la rotule du côté opposé. En dedans, on sent un noyau de consistance cartilagineuse de la dimension d'une pièce de 50 centimes. En dehors, il y a deux noyaux inclus dans la capsule articulaire relativement mobiles. Sous le tendon rotulien et de chaque côté on sent des masses mollasses, donnant tout à fait l'impression de fongosités. Pas d'hydarthrose. La flexion ne se fait pas complètement; l'extension est complète. Plus le moindre mouvement de latéralité. Le genou est aussi serré que le sain. Cicatrice déprimée au front. Exostose occipitale comme une noisette.

Pour d'autres observations voir la thèse de Fouquet (Paris, 1905).

## CHAPITRE III

### OSTÉO-ARTHROPATHIES SYPHILITI...

### DÉFORMANT...



les ... être
Fo... ...ets et les doigts
... ...ations peuvent être prises.

D... ...esun ce type est un mode de guérison des ostéo-arthropathies tertiaires qui laissent des lésions indélébiles et des déformations notables.

Cliniquement nous pouvons les diviser en deux périodes. La première période est caractérisée par l'hyperostose, la seconde par les troubles qui en résultent.

Le début est lent, quelquefois quelques légères douleurs marquent le début qui disparaissent lorsque la

déformation est déjà faite. Voici comment M. Fournier décrit l'hyperostose déformante : « Cette déformation est d'autant plus fréquente, qu'elle est absolument irrégulière, étrange, bizarre, parfois même extraordinaire. Ce n'est plus une hyperostose massive qui, dans son irrégularité morbide, conserve cependant une certaine régularité de configuration générale, mais bien une sorte de végétation ostéophytique de l'épiphyse, végétation qui bourgeonne à l'aventure, en donnant naissance à des saillies, des mamelons, des apophyses osseuses, dont la situation, le volume et la forme sont susceptibles de toutes les bizarreries possibles. De là, naturellement, des anomalies d'aspect, des originalités et même des excentricités de configuration qui constituent les caractères dominant de cette variété. »

L'augmentation irrégulière de volume de l'épiphyse gênera les mouvements de l'articulation et nous nous trouverons dans la seconde période de l'évolution de l'affection. Les mouvements sont moins libres que dans les formes étudiées précédemment. D'autre part, des lésions secondaires des cartilages, de la synoviale et des ligaments se produisent qui s'ajoutent pour atténuer le jeu de l'articulation malade. Ces lésions secondaires avec la déformation entraînent des troubles fonctionnels qui caractérisent la seconde période. L'articulation, en outre, est le siège de craquements. Des ankyloses et des attitudes vicieuses peuvent se produire. L'atrophie musculaire et l'arrêt de croissance ont été observés. Baudelot, chez une malade, a observé de la contracture du biceps qui accompagnait la déformation du coude. Sa pathogénie est assez obscure et la contracture constitue une véritable anomalie des arthropathies syphilitiques.

Diagnostic. — On peut les confondre avec les *hyperos-*

*toses de croissance.* Mais ces dernières ne sont jamais assez volumineuses pour gêner les mouvements.

Avec les hyperostoses du rachitisme qui sont faciles à distinguer.

*Le rhumatisme tuberculeux* présente des douleurs plus vives et les articulations sont gonflées et distendues, les parties molles sont tuméfiées, ce qui n'existe pas dans les ostéo-arthropathies déformantes. La sensation, à la palpation de l'articulation, est celle d'une fausse fluctuation.

*Le rhumatisme chronique déformant* se voit dans un âge avancé. Son siège de prédilection est la main. La synoviale est épaissie et il y a du liquide.

Nous ne finirons pas l'étude des arthropathies dans la syphilis acquise sans mentionner la méthode de séro-réaction de Bordet et Gengou (1901), étudiée par Wassermann, Neisser et Bruck dans la syphilis, qui aura une grande valeur au point de vue du diagnostic. Cette méthode permet de dépister dans l'organisme la présence soit du triponéma pallidum et de ses dérivés, soit des anticorps syphilitiques. C'est une méthode trop compliquée et entachée de causes d'erreur pour être communément appliquée au lit du malade (Levatidi). Elle est basée sur les propriétés hémolysantes du complément d'Ehrlich et de l'ambocepteur (sensibilisatrice de Bordet) sur les globules rouges. Bordet et Gengou ont réussi à mettre hors d'action le complément et alors les hématies ne sont pas détruites. Ces auteurs ont remarqué que toutes les fois qu'on met en contact un sérum riche en anticorps contre une espèce microbienne et les microbes qui ont servi à la préparation de ces anticorps (antigènes) deux phénomènes se produisent : 1° l'anticorps se fixe sur le corps microbien d'une façon spécifique, et 2° par suite de cette fixation, l'anticorps acquiert une avidité intense vis-

à-vis du complément hémolytique. Voilà le principe de cette méthode qu'on a appliqué dans toutes les infections et dans la syphilis. « Nous possédons encore là un nouveau moyen de diagnostic qu'il est nécessaire de vérifier et de contrôler encore et peut-être de vérifier » (Neisser, de Breslau).

---

# TRAITEMENT

Une fois le diagnostic nettement posé, il faut instituer le traitement des arthropathies syphilitiques. Comme nous l'avons déjà dit au cours de notre aperçu rapide, il faut que le diagnostic soit précoce. De la précocité de l'institution du traitement dépend la guérison complète des lésions articulaires. « Pendant que le malade est soumis à des traitements variés, qui restent sans action, parce qu'ils ne s'adressent pas à la véritable cause du mal, l'affection syphilitique gagne du terrain, des lésions s'établissent qui, surtout dans la syphilis tertiaire, laisseront des traces indélébiles que le traitement spécifique, lorsqu'il sera enfin institué, arrêtera, mais ne réparera pas » (Fouquet).

Les arthropathies spécifiques, abandonnées à leur sort, guérissent rarement sans traitement ; elles arrivent à l'ankylose et aux déformations qui peuvent rendre un membre impotent.

Même lorsqu'il y a des doutes sur la véritable nature de ces manifestations, il faut recourir au traitement. Par l'amélioration rapide qu'il apportera, il confirmera le diagnostic.

Le traitement sera local et général.

I. — Le traitement général antisyphilitique améliore au même titre les accidents articulaires que les autres

manifestations de la syphilis. Les nombreuses observations publiées prouvent son efficacité. Dans la période secondaire, la guérison sera complète ; dans la période tertiaire, elle sera complète au début ; dans les cas avancés, on observe une amélioration notable, mais les désordres du côté de l'articulation laisseront des traces.

Le traitement mercuriel général peut être prescrit par *les voies cutanées, sous-cutanées ou buccale*.

*Les frictions mercurielles* ne sont plus guère employées en France à cause de l'inégalité de l'absorption suivant les individus et parce qu'il est impossible de savoir exactement la dose absorbée. On prescrit de l'onguent mercuriel double ou onguent napolitain. Il faut pour chaque friction une quantité de pommade égale au volume d'une noisette pendant 10 ou 15 jours. La durée ne doit pas dépasser deux à trois mois.

Lorsqu'il faut agir rapidement, qu'on se trouve en présence d'une syphilis grave, *les injections hypodermiques* sont préférables. Injectées profondément dans les muscles fessiers elles amélioreront rapidement les arthropathies et la syphilis elle-même.

*Les injections de sels mercuriels solubles* se pratiquent avec des doses variant entre 0,01 et 0,04 centigrammes. Nous donnons les formules suivantes :

*a*) Bichlorure de mercure.......... 0,10 centigr.
Chlorure de sodium............. 0,20 —
Eau stérilisée................ 10 cc.
Chlorhydrate de cocaïne........ 0,05 centigr.
1 cc. par injection.

*b*) Benzoate de mercure.... 1 gramme.
Chlorure de sodium..... 2,50 —
Eau stérilisée.......... 100 cc.
(Gaucher) 1 à 4 cc. par injection

| | | |
|---|---|---|
| *c*) | Biodure d'hydrardyre.... | 0,10 centigram. |
| | Iodure de potassium..... | 0,20 — |
| | Cacodylate de soude..... | 0,30 à 0,50 centigr. |
| | Eau distillée............ | 10 cc. |

(Brousse) 1 cc. par injection

Ces injections se pratiquent tous les jours, dix jours sur vingt.

*Injections de sels insolubles*

| | | |
|---|---|---|
| *a*) | Mercure purifié......... | 0,50 centigram. |
| | Lanoline............... | 1 gramme. |
| | Huile de vaseline stérilisée | q. s. par 10 cc. |

1 cc. par injection.

| | | |
|---|---|---|
| *b*) | Calomel................. | 0,50 centigram. |
| | Chlorhydrate de cocaïne . | 0,10 — |
| | Huile de vaseline stérilisée | 10 cc. |

1 cc. par injection.

Les injections se pratiquent à huit jours d'intervalle ; après les trois premières, on porte la période intercalaire à dix et 12 jours ; il est de règle de ne point dépasser six injections consécutives (Rauzier).

*Par la voie buccale* on prescrit les pilules de Ricord (biiodure de mercure 0,05 dans chaque), de Dupuytren (sublimé 0,01 centigr.) 1 à 2 par jour.

Le traitement mercuriel, bien entendu, sera accompagné des lavages de la bouche.

Le mercure dans la grande majorité des cas guérira les arthropathies, quelquefois il sera insuffisant ou ne fera rien du tout (Gaucher, Queyrat, Gréhant, Fouquet), alors il faut employer le traitement iodo-mercuriel.

Le traitement mixte sera institué sous forme d'injec-

tions (formule de Brousse), de sirop de Gibert ou par la voie buccale (formule de Brousse) :

| | | |
|---|---|---|
| Biiodure de mercure... | 0,10 | centigr. |
| Iodure de potassium... | 20 | gram. |
| Cacodylate de soude... | 0,50 | centigr. |
| Eau.................. | 300 | gram. |

2 cuillerées par jour.

II. — Le traitement local est médical et chirurgical.

*a) Le traitement médical* varie suivant la variété d'arthropathie.

Dans les arthralgies du début les analgésiques peuvent atténuer la douleur.

L'enveloppement ouaté et la compression à l'aide d'une flanelle ou d'une bande élastique feront diminuer l'épanchement. Les auteurs allemands préconisent dans ce cas des massages, les mouvements provoqués et bains sulfureux dont ils semblent avoir retiré bénéfice.

De la teinture d'iode et des analgésiques on peut retirer bénéfice appliqués dans les *arthrites subaiguës*.

L'enveloppement ouaté, la compression élastique, la mobilisation et le massage peuvent être employés avec avantage dans les *arthropathies tertiaires* ; « quelquefois le massage apportera un grand soulagement et diminuera les douleurs et la gêne dues aux mouvements » (Vivier).

L'articulation sera pansée aseptiquement pour prévenir les infections secondaires quand la peau est le siège de fistules par lesquelles les agents ordinaires de la suppuration peuvent gagner la cavité articulaire. Les pansements avec une solution au sublimé agiront contre la nature elle-même et comme antiseptique.

*b) Le chirurgien* intervient dans les arthropathies tertiaires. Les interventions chirurgicales sont peu pratiquées

en France. En Allemagne, on en trouve d'assez nombreuses observations.

1° La *ponction* s'adresse à des arthropathies avec épanchement. On ponctionne l'articulation et on applique ensuite un enveloppement compressif.

2° On intervient par l'*arthrotomie* lorsque la jointure suppure secondairement, soit par l'ouverture d'une gomme dans la synoviale, soit par l'infection venue de l'extérieur. On ouvre la jointure, on curette les parties malades, on immobilise l'articulation dans un appareil plâtré et on fait du massage.

3° La *résectiom* est faite quand l'arthrotomie s'est compliquée d'ankylose.

4° L'*amputation* est faite lorsque la vie du malade est en danger par l'arthropathie. « Cette intervention peut être proposé dans les cas où une gomme osseuse voisine de l'articulation a contribué à produire une fracture compliquée et que pour raison quelconque le foyer de fracture s'infecte secondairement » (Fouquet).

---

# CONCLUSIONS

De l'étude rapide des arthropathies dans la syphilis acquise nous tirons les conclusions suivantes :

I. — A la suite des travaux de M. Fournier tous les auteurs sont d'accord pour admettre l'existence des arthropathies de nature syphilitique.

II. — Les causes prédisposantes de ces manifestations articulaires ne sont pas encore nettement dégagées des observations jusqu'aujourd'hui publiées.

III. — L'étude nosologique de cette question est déjà faite et il y a lieu d'admettre des accidents articulaires de la période secondaire et de la période tertiaire avec leurs subdivisions.

IV. — Le diagnostic différentiel dans la grande majorité des cas est facile (si le malade présente aussi d'autres lésions de la syphilis) quelquefois il présente des difficultés surtout dans l'arthrite subaiguë et les pseudo-tumeurs blanches, mais alors le traitement antisyphilitique prescrit régulièrement quelquefois pendant longtemps intervient pour trancher le diagnostic. Espérons enfin que la

méthode de Bordet et Gengou sera simplifiée et viendra nous apporter un grand secours dans les cas difficiles.

V. — Le traitement antisyphilitique général guérira toutes les lésions de la période secondaire sans qu'elles laissent des traces appréciables ; dans la période tertiaire au début il les guérira complètement ; plus tard, lorsque les désordres sont déjà produits, il apportera une grande amélioration, sans guérison complète.

———

# BIBLIOGRAPHIE


ABRAMI et GRIFFON. — Hydarthrose du genou (Annales des mal. vénériennes, 1907, p. 55).

ASTRUC. — De morbis venereis. Libr. novem. Paris, 1777.

BAUMES. — Traité des maladies vénériennes.

BAUMLER, DUFFIN et BARKLEY-HILL. — Bericht über die temperatùr bei syphilis III, p. 170, 1870.

BERGER (O.). — Berlin. klin. Wochenschr., 13 juin 1873.

BOUILLY. — Comparaison des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques (Th. d'agrégation, Paris 1878).

BROCHIN. — Quelques mots sur les tumeurs blanches syphilitiques (Gazette des hôpitaux, 1854, n° 39).

CAYLA. — Deux observations d'arthropathie syphilitique secondaire (Ann. de Dermat. et de syphiligr., 1887, p. 341).

CHABOUX. — Thèse Paris, 1875.

CHEMINADE. — Arthrite syphilitique secondaire (Ann. de dermat. et de syph., 1887, p. 643, 1888, p. 466).

CHRÉTIEN (Ed.). — Un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante (Revue de médecine, 1893, p. 326).

CONINK (J. de). — Arthropathie du genou (Bulletin de la correspondance médicale de Gand. Février 1876).

CORNIL. — Leçons sur la syphilis, 1879.

COTTIN (E.). — Arthrite syphilique tertiaire (France médicale, juillet 1879).

CROCQ.—Traité des tumeurs blanches des articulations, 1853, p. 201.

DAUZATS. — Etude sur l'arthrite syphilitique (Thèse Paris, 1875).

DEFONTAINE. — De la syphilis articulaire (Thèse Paris, 1875).

Desplats. — Mal de Pott syphilitique (Ann. de chirurgie et d'orthopédie, mars 1907).

Dominici. — Contribution à l'étude des arthrites syphilitiques.

Duplay. — Hydarthrose chronique syphilitique (Bull. méd., octobre 1893).

Dureuil. — Etude sur les pseudo-tumeurs blanches syphilitiques (Thèse Paris, 1880).

Fels. — Cas d'arthrite syphilitique (Ann. de derm. et de syph., 1906, p. 893).

Felten. — Pseudo-mal de Pott syphilitique (Thèse Nancy, 1903).

Finger (E.). — La syphilis et les maladies vénériennes, 1895.

Folinéa. — De l'hydrarthose dans la syphilis récente, 15 nov. 1889.

Fouquet (Ch.). — Traité de la syphilis articulaire (Thèse de Paris, 1905).

Fournier (A.). — Syphilis de l'appareil loco-moteur, 1873, p. 247.

— Du pseudo-rhumatisme syphilitique de la période secondaire (Gaz. des Hôpitaux, 3 mars 1887).

— Arthropathies tertiaires (La syphilis, nov. 1903, p. 311).

Fournier (A.) et Groujon. — Synovites et arthropathies syphilitiques (Ann. de derm. et de syph., avril 1902, p. 266).

Gangolphe.— Contribution à l'étude des localisations articulaires de la syphilis tertiaire (Ann. de derm. et de syph., 1885, p. 449).

Gaucher (E.). — La France Médicale, 23 juin 1879, p. 469.

Gaucher et Sabatier. — Spina ventosa syphil. (Ann. de derm. et de syph. 1906, p. 152).

Gaucher, Fouquet, Gréhant. — Observ. d'un cas d'arthropathie (Ann. des mal. vénér., 1907, 789).

Golliard. — Pseudo-rhumatisme syph. (Ann. de derm. et de syph., 1906, p. 894).

Griffon, Dehérain. — Étude cytologique et expérimentale de de l'épanchement (Ann. de derm. et de syph., 1906, p. 892).

Gaucher (Gaston) et Babonneix. — Un cas de périostite gommeuse du coude droit (Ann. de Derm. et de syph., 1903, p. 324).

Gelma. — Étude de la pseudo-tumeur blanche syph. (Th. Paris, 1891).

Gouget. — Observations d'arthrites syph. secondaires (Ann. de derm. et de syph., p. 3, 1889).

Grandmaison (de) et Boidin. — Hydarthrose syph. volumineuse et précoce (Archiv. génér. de médecine, 1902, p. 58).

GUIGNARD. — Etude sur les arthropathies rhumatismales dans le cours de la syphilis secondaire (Thèse de Paris, 1870).

HUTCHINSON. — Arthrite syph. du genou (London pathol. Society, 16 octobre 1888).

HULBARD. — Syph. du coude (Ann. des mal. vénér., 1906, p. 56).

IMBERT. — Des arthropathies syph. (Gaz. des hôpitaux, 1889, p. 185).

INGOLD. — Des manifestations rhumatoïdes dans le cours de la syphilis secondaire (Th. Paris, 1875).

JASTREBOFF. — Arthropathie syph. (Chirourg. Viestnik. Août-Septembre 1894).

KIRMISSON. — Clinique sur l'appareil locomoteur (Bull. méd., 24 mai 1889).

LAGRANGE. — Syphilis articulaire et Traité de chirurgie Duplay et Reclus.

LANCEREAUX. — Des arthrites syphilitiques (Union médicale, 1873, p. 153.

— Traité de la syphilis (Première édition), 1866.

LANNELONGUE. — Diagnostic des arthrites syph. (Bull. méd., 20 mars 1887).

LEVADITI. — Séro-réaction de la syphilis (Presse médicale, 22 mai 1907).

MAURIAC. — Affection syphil. précoce, 1872.

— Syphilis tertiaire, 1889, p. 401.

NEISSER. — Annales des mal. vénér., 1906, p. 221.

SCHULLER (Max). — Uber syphilische gelenkleiden (Verhandl. der Deutsch. Gesellsch. f. Chirur., XI, 1882, p. 123).

— Gaz. hebdomad., 1882, p. 725.

MÉRICAMP. — Des arthropathies syphilitiques tertiaires (Th. Paris, 1882).

MOREL-LAVALLÉE. — Les pseudo-tumeurs blanches syph. (Union médicale, 1888, p. 693).

MIDDELDORFF (H.). — Weitere Beitraege zür Resection des Ellenbogengelenkes (Arch. f. Chir., 1885, p. 227).

MORESTIN. — Syphilis articulaire, p. 193.

PEKLE. — Des arthropathies syph. précoces (Th. Paris, 1894).

PETERSEN. — Arch. f. klin. Chir., 1889, p. 3.

PLATEAU. — Epanchements articulaires dans la syphilis (Th. Paris, 1877).

Queyrat. — Syphilis des articulations.

Rauzier. — Thérapeutique pratique. Le traitement de la syphilis, 1907.

Richet. — Mémoire sur les tumeurs blanches (Mémoires de l'Académie de médecine, t. XVII, p. 249, 1853).

Rommiano. — Congrès de dermatologie de Vienne, 1892.

Rust. — Arthrokakologie oder über die Verrenküngen dürch innere Bedingungen. Wien 1817. Analysé par Delpech dans le mémorial des hôpitaux du Midi, 1829.

Sergent (E.) — Pseudo-tumeur blanche syph. du coude gauche chez un tuberculeux (Soc. méd. des hôpitaux, 1905, p. 186).

Singer (G.) — Uber Luetische Rheumatoïde (Wien med. Woch., 1903, p. 1001).

Sterling. — Arthrite temporo-maxillaire syph. (Ann. des maladies vénériennes, 1906, p. 54).

Swediaur (Van). — Traité des maladies vénériennes, 1801.

Taylor (W.). — On dactilis syphilitic with observations an syphilitic lesions of the joints (Americ. Journ. syph. and derm., 1871).

Tournier (C.). — Rhumatisme articulaire subaigu au cours de la période secondaire de la syphilis (Ann. de derm. et de syph., 1889, p. 768).

Toussaint. — Des arthropathies et de leurs rapports avec les diathèses rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques (Thèse Paris, 1875).

Vaffier. — Du rhumatisme syphilitique (Thèse Paris, 1875).

Vekle (E.). — Des arthropathies syphilitiques (Thèse Paris, 1894).

Verneuil. — Syphilis des bourses séreuses et hydarthrose tertiaire (Gaz. hebd., 1873, p. 22).

Vidal de Cassis. — Traité des maladies vénériennes (Paris, 1859, p. 175).

— Traité de pathologie externe, 1861. t. II, p. 449.

illamène. — Un cas de polyarthrite syphilitique (Roussi vratch, 1903, p. 933).

Virchoff. — Uber die natur der constitutionnellen syphil. affectionnen (Arch. f. path. Anat., Bd XV, 1858, p. 277).

— Uber syphilis Gellenkaaffectionnen (Berlin. klin. Woch., 1884, p. 170).

VOISIN (J). — Contribution à l'étude des arthropathies syph. (Thèse Paris, 1875).

VOLKMANN. — Handbuch der allgem. und speciellen Chirurgie, Bd. II, 1864, p. 104.

WEILL. — Beitraeg zur Lehre von den syphilitischen gelenkrankheiten (Inaugur. Dissert. Strassbourg, 1876).

ZEISSL (VON). — Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes (Traduction Raugé, 1888).

ZIEHL. — Syphilis unter dem Bilde der acüten Gelenkrhumatismus (Deutsch. med. Woch., 1884, n° 28).

---

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 28 décembre 1907.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 28 décembre 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*